# MÉMOIRE

SUR LE

# TRAITEMENT DES PLAIES

succédant

à l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle

## AU MOYEN DE LA SUTURE ENTORTILLÉE,

PAR

le Dr ALEX. COLSON (de Noyon),

Membre de la Légion d'honneur,
des Académies de Dijon et d'Amiens, de la Société huntérienne de Londres,
de la Société de médecine de Louvain, de la Société des sciences naturelles et médicales
de Bruxelles, des Sociétés royales de médecine et de chirurgie
de Montpellier, de Strasbourg, de Bordeaux, de Lyon, de Toulouse,
de la Société médicale d'émulation de Paris, de la Société géologique de France,
de la Société des antiquaires de Picardie et de Normandie, etc.

AVEC SIX PLANCHES.

PARIS.

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street

1845.

GRIPPE.

Les appareils de sécrétion n'offrent guère à noter que la diaphorèse ; tous les auteurs ont insisté sur sa fréquence, son abondance et le soulagement que les malades en retiraient.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. La *marche* de la grippe est ordinairement aiguë avec des exacerbations le soir et la nuit. Dans certains cas, on l'a vue, au bout de quelques jours, prendre le type intermittent (1775, 1782). Du reste, rien de plus variable que son intensité suivant les individus.

Le catarrhe épidémique *dure* ordinai-






Depuis ce dernier auteur, il n'en a plus été question jusqu'à notre époque, en Europe du moins ; mais il paraît que dans l'Inde on connaît cette propriété ténifuge de temps immémorial, et qu'on l'y a constamment mise à profit. F. Buchanan, médecin anglais pratiquant au Bengale, publia, en 1807, la formule dont on faisait usage à Calcutta, en annonçant qu'elle avait toujours réussi entre ses mains, ainsi que dans celles de deux de ses confrères. (*Edimburgh méd. and surg. journ.*, t. III, p. 22.) Bientôt après le docteur Fleming (*Transact. of Calcutta*, 1810), M. Burt, chirurgien anglais (*Edimb. méd. journ.*, 1814, t. X, p. 419), et M. Breton (*London Medico-chirurg. transact.*, t. XI, p. 301), firent connaître des succès dus à

a éprouvé un effet diurétique très marqué.

Chez plusieurs sujets, on a vu survenir, immédiatement après l'administration de cette substance, des vertiges, des étourdissemens, une sorte d'ébriété, parfois de véritables mouvemens convulsifs, et plus souvent encore des syncopes ; mais, du reste, tous ces différens accidens n'ont qu'une existence de très courte durée.

« Les phénomènes produits par l'introduction dans les voies digestives d'une préparation quelconque de la racine de grenadier, dit M. A. Cazenave, semblent traduire plutôt une action sur le système nerveux qu'une irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Ce qui le démontre, c'est que ces



l'orifice du canal est visible ou qu'une aphthe le couvre, si ce canal est obstrué par une matière visqueuse, terreuse, ou par une pierre, on le débarrasse en ôtant d'abord le corps étranger, en y passant un stylet, puis un gros fil de plomb qu'on retire de temps en temps pour évacuer la salive. Louis a employé ce procédé avec succès. Un jeune homme portait sous la langue une tumeur qui gênait les mouve-

coule incontinent, etc. » (P. 604.) Louis recommande la même pratique ; mais Sabatier s'est assuré qu'elle est insuffisante, à moins de la rendre fistuleuse à l'aide d'une mèche en permanence. « J'avais ouvert, dit-il, deux grenouillettes assez grosses à un jeune enfant de dix ans, et j'avais eu l'attention de donner aux plaies toute l'étendue qu'elles pouvaient avoir. Cette précaution, recommandée par Louis et par



nule dont il vient d'être parlé. Le but qu'on s'était proposé était rempli. Néanmoins, la personne incommodée désirait n'être plus assujettie à en faire usage. Je crus qu'il était prudent de l'engager à la porter encore quelque temps. » (*Ibid.*)

Boyer critique avec raison le procédé de l'incision comme insuffisant. L'usage de la canule constitue une véritable infirmité, et au total, la cessation de son



# MÉMOIRE

SUR

# LE TRAITEMENT DES PLAIES

## PAR LA SUTURE ENTORTILLÉE.

Extrait du tome XIII des *Annales de la chirurgie française et etrangère* publiées par MM. Bégin, Marchal (de Calvi), Velpeau, Vidal (de Cassis).

Ce Journal paraît depuis Janvier 1841, tous les mois, par cahiers de 8 feuilles in-8° (128 pages). Prix de l'abonnement par année : à Paris, 20 fr., et *franco* pour les départemens, 24 fr.

A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, Libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD,
rue Garancière, n. 5

# MÉMOIRE

SUR LE

# TRAITEMENT DES PLAIES

succédant

à l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle

## AU MOYEN DE LA SUTURE ENTORTILLÉE,

PAR

le Dr **ALEX. COLSON** (de Noyon),

Membre de la Légion d'honneur,
des Académies de Dijon et d'Amiens, de la Société huntérienne de Londres,
de la Société de médecine de Louvain, de la Société des sciences naturelles et médicales
de Bruxelles, des Sociétés royales de médecine et de chirurgie
de Montpellier, de Strasbourg, de Bordeaux, de Lyon, de Toulouse,
de la Société médicale d'émulation de Paris, de la Société géologique de France,
de la Société des antiquaires de Picardie et de Normandie, etc.

**AVEC SIX PLANCHES.**

PARIS.

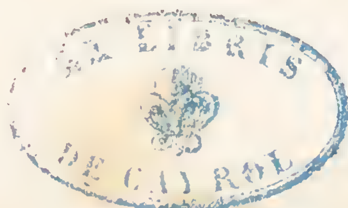
J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17.

**A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.**

**1845.**




WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

# MÉMOIRE

SUR LE

# TRAITEMENT DES PLAIES

EN GÉNÉRAL

## ET DES PLAIES DU SEIN EN PARTICULIER

## PAR LA SUTURE ENTORTILLÉE.



Le Mémoire que je publie aujourd'hui a été déposé à l'Académie des sciences de Paris, à la fin du mois de juin 1843. Je le soumets aujourd'hui au jugement des chirurgiens, après avoir attendu jusqu'à présent, en vain, celui de l'Académie. Le seul changement que j'aie apporté à mon travail, depuis cette époque, consiste simplement dans l'addition de deux observations, ce qui porte à quatorze, au lieu de douze, le nombre des faits sur lesquels sont appuyées mes conclusions. Mais, bien que ces conclusions soient connues, puisqu'elles ont été reproduites, depuis plus d'un an, dans presque tous les journaux de médecine français, j'ai cru néanmoins que la publication de mon Mémoire dans son intégralité ne serait point une chose tout-à-fait inutile aux progrès de la science, et c'est cette considération seule qui m'a décidé à le livrer à l'impression.

Je ne me fais point illusion pourtant sur la valeur et la portée de ce travail. Ainsi, je n'ai point la prétention d'avoir employé, le premier, la suture entortillée pour réunir les plaies du sein et de l'aisselle, à la suite de l'extirpation des tumeurs de ces deux régions ; mais je crois être le premier

qui en ait fait ressortir les avantages et qui ait établi des règles fixes pour son application. Ces règles, qui sont ici toutes particulières au traitement des plaies du sein, peuvent néanmoins s'appliquer d'ailleurs également bien à la suture entortillée envisagée comme moyen général de traitement des plaies, quelles que soient les régions du corps humain sur lesquelles on l'emploie.

On verra, en lisant mon Mémoire, qu'avec la suture entortillée j'ai pu obtenir, en *trois jours* pour le plus court terme, et en *trois semaines* pour le plus long, des guérisons que jusque-là je n'avais pas toujours réussi à voir arriver au bout de trois mois par le traitement ordinaire.

Je crois aussi avoir réussi, par ce moyen, à diminuer le danger, et peut-être même à annihiler les chances de mort qui accompagnent ou suivent les plaies avec perte de substance considérable de la région mammo-axillaire. Et dans aucun cas, je n'ai vu après la suture entortillée, survenir ni l'érysipèle ni aucune de ces affections érythémateuses, qui suivent si souvent l'emploi des agglutinatifs quels qu'ils soient.

On trouvera sûrement dans plusieurs de mes observations, des longueurs et des choses étrangères au but principal de ce travail, qui est de populariser l'usage de la suture entortillée en chirurgie; mais j'ai voulu publier mes observations telles que je les ai recueillies, parce que j'ai pensé que si je pouvais, en passant, faire connaître quelques particularités nouvelles, ou quelques faits contradictoires avec les opinions généralement admises, je rendrais par cela même, mon travail plus intéressant et plus utile. C'est ainsi qu'en le lisant avec attention, on devra acquérir la preuve que, contrairement à l'opinion d'Astley Cooper (1), le squirrhe du sein

(1) Voici comment s'est exprimé l'illustre chirurgien anglais,

peut exister chez de très jeunes personnes, chez des femmes de 23 ans et même de moins de 20 ans (1).

On verra aussi dans la troisième observation de mon Mémoire, que la douleur se propageant à l'aisselle le long des nerfs du bras et de l'avant-bras jusqu'aux doigts, douleur qui, d'après Astley Cooper et les auteurs qui l'ont suivi, est particulière à la maladie appelée par ce chirurgien célèbre *tumeur irritable du sein*, peut également accompagner l'existence du squirrhe. On devra donc tout naturellement conclure de là que cette douleur ne doit pas être un signe caractéristique de la tumeur irritable du sein; ou plutôt ceci prouve que la névralgie du sein, de l'aisselle et du bras peut accompagner tout aussi bien les tumeurs malignes, que les tumeurs bénignes du sein (2).

On remarquera, en outre, dans notre première observation, l'association d'une tumeur bénigne du sein avec une tumeur maligne, et l'on verra la première se résoudre, tandis que la seconde a persisté de telle sorte que son extirpation est devenue indispensable.

On verra encore dans la cinquième observation le bras du côté correspondant au squirrhe s'atrophier légèrement et se dépouiller de son épiderme consécutivement à l'opération.

Mais parmi les faits accessoires au but principal de mon

en parlant du squirrhe du sein : « It is not a disease of young per-
« sons; it is rarely seen between twenty and thirty. The young-
« est person that I ever saw with this disease was twenty seven
« years old; I have seen another case in a person of twenty nine,
« but excepting these two cases, I have never met with it under
« thirty. I know that there are many tumours met with, at an
« early age, which are called schirrous, but they are not, etc. »
(*Lectures on Surgery*, by Astley Cooper. London 1839).

(1)(2) V. nos observations I, II et III dans la suite de ce mémoire.

Mémoire, celui sur lequel j'appellerai le plus particulièrement l'attention des chirurgiens est celui-ci : c'est qu'une fois que dans les opérations pratiquées sur le sein, on a pratiqué avec le bistouri une section, une entamure dans la glande mammaire, il semble ensuite lorsqu'on palpe le sein avec un doigt porté dans la plaie et un autre doigt placé en dehors sur la peau, il semble, dis-je, que cet organe contienne des noyaux d'engorgemens qui en réalité n'existent pas; c'est une sensation trompeuse qui est due uniquement à la structure granulée de la glande; et il m'a paru important de signaler ce phénomène, parce que je pense, d'après ce qui m'est arrivé, que cette sensation peut induire en erreur sur l'état de la glande et engager, par cela même, le chirurgien à faire des choses, dont le moindre inconvénient est d'être inutiles.

Ce mémoire renferme en outre cinq ou six observations de guérisons authentiques de squirrhes du sein par suite de l'extirpation avec le bistouri; et ce qui n'est pas indifférent à signaler par le temps qui court où l'on a nié les guérisons de squirrhes du sein par l'opération, c'est que, dans deux des principaux exemples de guérison que je cite, l'opération date de 18 ans passés chez l'une de mes malades, et de 30 ans chez l'autre. Au reste, je donnerai d'autres observations de guérison qui ne sont pas moins concluantes que celles-ci, dans un autre travail qui sera publié prochainement.

Mais en revenant au but essentiel de ce travail, c'est-à-dire à l'application de la suture entortillée aux plaies du sein, je crois avoir prouvé que ce moyen a généralement une grande supériorité sur les autres. Astley Cooper avait déjà reconnu, avant moi, les inconvéniens de l'usage des agglutinatifs dans le traitement des plaies du sein, et après les avoir employés pendant long-temps dans sa jeunesse, il

avait fini par y renoncer tout-à fait et par leur substituer la suture; mais il n'employait pas la suture entortillée, et il se contentait de maintenir les lèvres de la plaie rapprochées l'une de l'autre par quelques points de suture (1). Ce qui est arrivé à Astley Cooper, m'est arrivé à moi-même; j'ai employé long-temps les agglutinatifs pour réunir les plaies du sein, et j'y ai totalement renoncé depuis plusieurs années; mais au lieu des quelques points de suture vantés par Astley Cooper, j'ai adopté la suture entortillée, parce qu'elle m'a paru supérieure à toutes les autres sutures. Toutefois, il me suffit que les inconvéniens des agglutinatifs et les avantages de la suture aient été signalés par un chirurgien d'un mérite aussi incontestable qu'Astley Cooper, pour que je n'hésite plus à produire mon opinion à l'abri de la sienne, et je ne doute pas qu'elle ne soit bientôt adoptée par tous les chirurgiens de bonne foi, par ceux enfin qui sont exempts de préventions et de préjugés.

Je crois devoir, à cette occasion, rapporter ici la petite anecdote suivante, en la recommandant à l'attention du lecteur.

J'entretenais un jour, un chirurgien d'une très haute réputation, des avantages que j'avais retirés de l'emploi de la suture entortillée dans les plaies du sein, et le dialogue suivant s'établit entre nous :

— Je n'approuve pas l'emploi de la suture entortillée pour réunir les plaies du sein, me dit l'illustre chirurgien, et je lui préfère les bandelettes agglutinatives; mais pourtant j'a-

(1) After the breast is removed, bring the edges together by suture. In the earliest period of my life, I did not adopt this practice; I have since found that the wound healed better, if sutures are employed, than adhesive plaister only. You put one or two sutures, which keep the edges together, etc. Ouvrage cité, p. 386.

dopte la suture entortillée dans une infinité d'autres circonstances, et c'est même moi, ajouta-t-il, qui ai contribué le plus, à propager en France les sutures dont je suis très grand partisan. Mais quant à l'application de la suture entortillée ou d'une suture quelconque aux plaies du sein, je ne l'approuve point.

J'aurais pu renvoyer l'illustre chirurgien à la lecture des leçons de chirurgie d'Astley Cooper, mais comme il devait être censé dans mon esprit, les connaître tout aussi bien que moi, je me contentai de lui répliquer très humblement ainsi :

— Vous avez sûrement déjà essayé la suture entortillée dans le traitement des plaies du sein.

— Non, me répondit-il, et je ne veux même pas l'essayer, parce que c'est un mauvais moyen.

— Vous ne pouvez pourtant pas juger, lui dis-je, de la valeur d'un moyen quel qu'il soit, d'un remède enfin, sans l'avoir essayé vous-même ou sans en avoir observé les effets entre les mains des autres. J'ai obtenu, moi, de très beaux résultats de la suture dans les circonstances dont j'ai l'honneur de vous parler, et je n'ai jamais vu obtenir rien de semblable, par aucun chirurgien pour si habile qu'il fût, pas même par vous, parce qu'en définitive ces résultats ne sont possibles qu'avec la suture entortillée. Enfin, je guéris, avec la suture, mes malades plutôt, plus sûrement, mieux que vous ; et il me semble que c'est pourtant bien là un pas de fait vers le *nec plus ultrà*, vers le beau idéal des opérations de chirurgie dont Celse a tracé les règles par ces trois mots *tutò*, *citò et jucundè,* en admettant toutefois que le *jucundè* est uniquement pour le chirurgien, car pour le malade il m'a semblé jusqu'à présent impossible de lui faire comprendre cela comme nous.

— Je ne dis pas non, mais j'ai mes idées bien fixes là-dessus, et je ne veux pas les changer.

— Admirable ! mais pourtant, si mon remède vaut mieux que le vôtre, et s'il n'y a aucun danger pour vos malades ni pour vous à l'essayer, essayez-le donc pour le moins quelquefois avant de le juger et surtout avant de le condamner. Je puis vous garantir qu'après l'expérience vous changerez de conviction, et la chose vaut la peine d'être tentée.

— Non, je ne puis pas me décider à cela...

Et qu'on ne croie point que j'invente, je rapporte textuellement une conversation que j'ai eue au sujet de l'application de la suture entortillée aux plaies du sein, avec un des plus célèbres chirurgiens de notre époque. Ceci est pénible à dire, difficile à croire, mais pourtant vrai. Je n'ai jamais pu me défaire de la fâcheuse impression que ce fait à produit sur moi; et il est inconcevable, en effet, que des hommes placés à la tête de la science puissent penser, parler et agir exactement comme ceux dont la véritable place est à sa queue.

Je m'attends donc à ce que la propagation de la suture, dans les cas où je l'emploie, souffrira plus d'une difficulté, parce que je n'ai à ma disposition ni le talent ni une chaire, ni enfin rien de ce qui serait nécessaire pour la produire et la faire arriver à la place qui lui est due en chirurgie; mais, ce que je ne puis pas faire, d'autres le feront sans doute après moi, et en publiant mes idées j'aurai tout du moins fait, en mon particulier, quelques efforts pour que la vérité soit connue. Les hommes de bonne foi apprécieront ces efforts, et j'espère que la publication pure et simple des résultats que j'ai obtenus déterminera d'autres chirurgiens à essayer, comme moi, la suture entortillée dans le traitement des plaies du sein. J'espère, en outre, que les résultats qu'ils ob-

tiendront, en mettant ce moyen en usage avec toutes les précautions nécessaires, seront conformes à ceux que j'ai obtenus moi-même, c'est-à dire que ces résultats seront tout entiers à l'avantage des malades et à l'avantage de l'art. Et, en effet, ils obtiendront à coup sûr des guérisons plus promptes, des cicatrices plus solides, moins douloureuses et ne se déchirant jamais; sans compter qu'il rendront en outre, par l'emploi de la suture, les opérations infiniment moins dangereuses qu'elles ne l'étaient autrefois, avec les anciennes méthodes de traitement. Il y aura donc ainsi, avantage pour les malades parce qu'ils guériront plus vite, mieux, et avec moins de danger, et avantage pour l'art, parce que tout perfectionnement est à son profit. —

Les anciens chirurgiens employaient si fréquemment les sutures dans le traitement des plaies que l'usage de ce moyen était devenu un véritable abus, mais autant la suture était en vogue autrefois autant elle est discréditée de nos jours.

Le mémoire de Pibrac (1) qui, je dois le dire, ne vaut point la célébrité dont il a joui jusqu'à présent, a proscrit les sutures dans la plus grande majorité des cas où on les employait, et l'opinion de Pibrac, adoptée par l'Académie de chirurgie, a fait loi jusqu'ici en France plus encore qu'à l'étranger.

La suture a été bannie de la pratique de la chirurgie, et, sous ce rapport, le fanatisme a été poussé assez loin pour qu'on ait prétendu pouvoir s'en passer même dans le traitement du bec-de-lièvre, de telle sorte, qu'à une exagération, en a succédé une autre. Ce sont les bandages unissans et surtout les bandelettes agglutinatives préparées avec des em-

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, édit. in-12, t. IX, p. 4 à 39.

plâtres divers, le Diachylon, le Vigo, etc., qui ont pris la place de la suture ; mais j'ai hâte de le dire, aucun de ces moyens ne vaut la suture, et il arrive souvent qu'avec les bandelettes agglutinatives on manque non-seulement le but qu'on aurait très certainement atteint avec la suture, mais encore que l'on fait alors courir aux malades, par l'emploi des agglutinatifs, les chances d'affections érythémateuses, érysipélateuses et phlegmoneuses qui peuvent devenir graves, les chances de la fièvre traumatique, celles de l'inflammation locale et d'une suppuration abondante d'inflammations et de suppurations intérieures d'où résultent quelquefois la mort et toujours une guérison tardive.

Je ne veux point pourtant me constituer le panégyriste absolu de toutes les sutures, et dans le travail que je publie aujourd'hui mon but principal est de faire connaître et apprécier l'usage *de la suture entortillée* dans le traitement des plaies qui succèdent aux opérations pratiquées sur le sein seul ou sur le sein et l'aisselle en même temps, après l'extirpation des tumeurs diverses dont ces parties sont souvent le siége.

Jusqu'ici je n'ai point pu réunir encore un assez grand nombre de faits pour pouvoir me prononcer d'une manière absolue sur toutes les chances de ce moyen. Je me contenterai donc d'émettre, sous forme d'assertion, mon opinion qui consiste à croire que la suture entortillée offre de grands avantages dans le traitement des plaies du sein, depuis les plus petites, que l'on puisse y faire, jusqu'aux plus grandes ; et si je me suis pressé de donner de la publicité à cette opinion, c'est bien moins parce qu'elle m'est personnelle, que parce que les occasions de pratiquer sur le sein des opérations dans lesquelles on peut remplacer les agglutinatifs par la suture se présentent journellement, et que j'ai autant à

cœur de voir approuver et passer dans la pratique l'innovation que j'ai introduite dans l'art si elle est bonne et utile, que de la voir condamner et rejeter si elle est mauvaise. Mais avant le jugement, je demande l'expérience. Qu'on veuille donc bien mettre à l'épreuve avec les précautions que je vais indiquer, non point toute espèce de suture, mais la suture entortillée seulement, dans le traitement des plaies qui succèdent aux opérations pratiquées sur le sein, et je crois que les essais qui en seront faits en grand (dans les hôpitaux de Paris, par exemple) donneront là, les mêmes résultats que ceux que j'ai obtenus en petit dans ma pratique particulière, c'est-à-dire, que ces résultats seront tout à l'avantage de la suture entortillée.

Voici à quoi je me suis arrêté pour l'application de la suture entortillée aux plaies du sein :

Ce n'est guère qu'après l'extirpation de tumeurs du sein de nature diverse, de fongus, de kystes, de masses squirrheuses, encéphaloïdes et autres, s'étendant ou non dans l'aisselle, qu'on peut avoir l'occasion de pratiquer la suture entortillée, pour réunir les plaies; et je conseille alors de prendre les précautions suivantes. Il importe, surtout quand on est obligé d'emporter avec les tumeurs une portion plus ou moins considérable de peau, de donner toujours à la plaie la forme d'une ellipse aussi allongée que possible, afin de faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie, et le grand diamètre de cette ellipse devra toujours être parallèle à la direction du plus grand diamètre de la tumeur, sans avoir égard à ce que ce diamètre soit ou non parallèle à la direction des fibres du muscle grand pectoral. Pourtant s'il s'agit de l'extirpation d'une tumeur peu volumineuse sans qu'on soit obligé d'enlever avec elle la portion des tégumens

communs qui la recouvrent, le précepte que je viens d'établir aura moins d'importance, c'est-à-dire qu'on pourra se dispenser de le suivre rigoureusement, sans que pour cela la cicatrisation, la réunion par première intention en soit empêchée, parce qu'alors, les mouvemens du bras sur le tronc ne tirailleront que fort peu ou même pas du tout la plaie. Mais dans un cas comme dans l'autre, il est convenable de couper également les tissus, de manière à obtenir pour la réunion de la plaie, deux lèvres exemptes de mâchures, d'anfractuosités ou d'irrégularités quelconques. Pendant et après l'ablation de la masse morbide, il faut s'abstenir de ligatures, et s'il y avait quelque artère qui fournît du sang assez abondamment pour faire songer à un moyen hémostatique, la torsion serait ici préférable à la ligature. Mais je dois dire que, généralement, on peut se dispenser de l'une et de l'autre, parce qu'il suffit presque toujours de laisser la plaie exposée à l'action de l'air et d'attendre quelques instans pour qu'une artère qui jetait primitivement du sang à plusieurs pieds de distance, finisse par ne plus en fournir qu'en bavant et même par ne plus en laisser perdre du tout. Il faut ainsi attendre dix, quinze ou vingt minutes, en laissant la plaie ouverte et exposée à l'air, auparavant de songer à affronter ses lèvres; et avant de pratiquer cet affrontement, on enlèvera soigneusement les caillots qui se seront formés sur la surface de la plaie, en l'abstergeant avec une éponge douce imprégnée d'eau froide, et si alors il s'écoulait encore du sang il faudrait tenir pendant quelques minutes l'éponge imbibée d'eau froide sur l'endroit qui fournirait du sang. Cela fait, on rapprochera l'une de l'autre les lèvres de la plaie en les affrontant dans le sens de leur plus grand diamètre, et l'on commencera à appliquer les épingles par l'une ou l'autre de ses extrémités. On placera

les épingles à 10 ou 15 millimètres de distance l'une de l'autre, et toujours de façon à ce qu'aucun intervalle, aucun jour ne puisse exister entre les lèvres de la plaie.

Dans les endroits où les tégumens se rapprocheront avec plus de difficulté qu'ailleurs, il faudra ne pas placer les épingles à plus d'un centimètre de distance l'une de l'autre. Au fur et à mesure qu'on aura placé une ou deux épingles, il faudra arrêter les tégumens sur elles avec le fil ciré qui devra être double s'il est fin pour présenter plus de surface, être pour cela même moins coupant et mieux garnir la plaie. Quant à la distance des lèvres de la plaie à laquelle chaque épingle doit être enfoncée, elle ne pourra pas être moindre que 8, 10 ou 12 millimètres; et on aura le soin de comprendre une petite portion du tissu cellulo-graisseux sous-cutané dans le trajet que l'on fera parcourir à l'épingle, en l'enfonçant d'une lèvre à l'autre. Avant de fermer définitivement la plaie par l'application du fil ciré, et lorsqu'on aura placé les dernières épingles, il faudra exercer sur elle une pression assez forte, dans toute son étendue, pour en chasser l'air et les fluides qui peuvent y être contenus. Cette évacuation devra être favorisée par l'introduction d'une pince à ligatures entre deux épingles, pour écarter doucement les lèvres de la plaie; et après que tout sera sorti, on terminera l'application du fil ciré et on fermera définitivement la plaie.

L'étendue et la profondeur des plaies du sein ne sont point des obstacles qui doivent s'opposer à l'application de la suture entortillée. On verra dans l'une de mes observations que j'ai réussi à obtenir une réunion presque immédiate à la suite d'une plaie de la région mammo-axillaire, qui n'avait pas moins de 30 à 32 centimètres de longueur, sur une profondeur de 4 à 8 centimètres.

La plaie étant exactement réunie et recouverte par les fils de la suture, aussi bien que cela est possible, on rognera les pointes des épingles avec une pince coupante : on placera une petite compresse longuette pliée en deux, ou bien de la charpie roulée, ou mieux encore une bandelette de sparadrap préparée avec l'emplâtre de minium, sous les extrémités des épingles, de chaque côté de la plaie et dans toute sa longueur ; puis il faudra appliquer un ou plusieurs plumasseaux enduits de cérat sur la suture, de manière à la recouvrir entièrement; enfin on appliquera par dessus ces plumasseaux des gâteaux de charpie, des compresses longuettes, et l'on recouvrira le tout avec un bandage de corps qui sera serré de manière à exercer une compression douce mais pourtant sensible, sur la plaie, dans toute son étendue. Cette compression aura pour but de s'opposer à l'accumulation des fluides dans la plaie, sous la suture. On ne touchera à l'appareil que pour le resserrer, jusqu'au troisième jour, époque à laquelle il faudra l'enlever et ôter les épingles, 72 heures après leur introduction.

Dans aucune circonstance et sous aucun prétexte, on ne devra laisser les épingles à demeure plus de trois jours. Les épingles étant ôtées, on ne touchera point au fil de la suture, et il faudra renouveler le pansement, comme il avait été fait le jour de l'opération, c'est-à-dire en pansant à plat avec des plumasseaux enduits de cérat, etc. Le quatrième jour, on coupera avec des ciseaux toutes les portions du fil ciré qui se détacheront sous l'influence d'une traction légère, et on enlevera les fils en entier, s'ils se développent et s'ils viennent à la main, sans tirailler ni faire saigner la plaie. Dans le cas où les fils ne pourraient pas être décollés et enlevés ce jour-là, on les enleverait le cinquième ou le sixième jour.

Voici ce qui se passe alors : On obtient toujours avec la suture entortillée de deux choses l'une : ou une réunion par première intention complète, ou bien une réunion incomplète. Dans le premier cas, où la réunion par première intention est et doit rester complète, on remarquera d'abord que l'appareil est resté constamment sec, qu'aucun suintement ne l'a souillé, et qu'enfin il est aussi net quand on l'ôte qu'il l'était le premier jour de son application ; puis on observera à l'entour de la plaie des traces d'*ecchymose* comme si la malade avait reçu une contusion sur la poitrine. Cette ecchymose doit paraître de bon augure, car elle annonce que les fluides fournis par la plaie, au lieu de s'épancher et de former une collection sous la cicatrice, se sont disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel, de manière à pouvoir y être absorbés. La cicatrice reste alors définitivement fermée, et la guérison a lieu en quelques jours, ainsi que cela s'est passé chez les sujets de nos première, deuxième et troisième observations.

Mais, comme je viens de le dire, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il peut arriver, et c'est ce qui a eu lieu chez les sujets de nos quatrième et cinquième observations, il peut arriver, dis-je, que la plaie se réunisse exactement à l'extérieur, et que néanmoins il se soit formé sous la cicatrice des tégumens une collection dans la plaie intérieure ; alors la cicatrice de la peau s'ouvre, le jour ou le lendemain de l'extraction des épingles ; et cette ouverture donne issue aux fluides qui s'étaient accumulés sous la cicatrice et qui n'avaient pas pu être absorbés ; mais la cicatrice ne s'ouvre que dans un point limité à l'étendue d'un centimètre environ et tout juste pour que la collection des liquides puisse être évacuée. Quelquefois elle s'ouvre à deux endroits différens et à plu-

sieurs jours d'intervalle, ainsi qu'on pourra le voir dans l'observation cinquième, où il m'a semblé qu'il s'était formé sous la cicatrice deux foyers différens et séparés l'un de l'autre, tout du moins primitivement, car en pressant sur l'un on ne faisait pas passer le liquide qu'il contenait, dans l'autre, comme s'il eût existé là une cloison entre ces deux épanchemens. On remarquera dans ces cas que les fluides issus de la plaie n'ayant point eu de contact avec l'air atmosphérique n'ont pas d'odeur autre que celle qui est particulière au sang et à la lymphe non putrifiés, c'est-à-dire qu'ils sont fades à l'odorat.

Et il en est toujours ainsi dans les cas où l'écoulement ne dure que quelques jours, mais pour peu qu'il se prolonge au-delà de trois ou quatre jours, la matière de l'écoulement prend le caractère puriforme, sans que pour cela la cicatrisation définitive de la plaie et la guérison se fassent attendre plus de trois semaines.

L'évacuation de ce liquide, considérable de prime abord, parce que la collective se vide ordinairement tout d'un coup ainsi que cela a eu lieu chez la femme Bonon, se ralentit beaucoup dès le lendemain du jour où elle se manifeste au-dehors en traversant la cicatrice. Mais la compression que l'on devra faire très exactement sur la plaie et ses environs au moyen de plumasseaux, de compresses et d'un bandage de corps, en tenant uniformément collées l'une contre l'autre les parois du foyer, amènera sa cicatrisation au bout de quelques jours. Ici chez la femme Bonon, l'épanchement a été purement lymphatique.

On verra plus loin par l'observation de la femme Debuire, que cet épanchement peut être sanguin, et alors les choses se passent un peu différemment : il s'écoule d'abord de la sé-

rosité sanguinolente par l'endroit où la cicatrice s'est rouverte, puis cette sérosité est remplacée par du sang altéré et noir, comme celui de sangsues qui se dégorgent long-temps après leur application ; enfin l'écoulement cesse quand il ne reste plus qu'un caillot fibrineux et sec dans la plaie, caillot qui forme alors un noyau dur au toucher et destiné à être éliminé par l'absorption.

Dans ces cas, la cicatrice ne sera plus linéaire partout comme quand aucun accident n'est venu entraver la réunion par première intention, mais elle n'en différera pourtant pas d'une manière très sensible, et la seule trace qui restera de l'accident consistera dans une dépression et un évasement infundibuliforme de la cicatrice à l'endroit où elle a été ouverte. Cette dépression de la cicatrice, visible chez plusieurs de nos malades, est due incontestablement à des adhérences de la peau aux parties profondes de la plaie. Au reste je dois faire remarquer ici que chez la malade de ma quatrième observation, la collection de fluides sous la cicatrice extérieure qui a été considérable, puisqu'elle a donné à la religieuse et à l'infirmière de la salle l'idée d'une hémorrhagie, quand elle s'est fait jour à travers la plaie et qu'elle est venue imbiber l'appareil, aurait pu être, sinon entièrement prévenue, tout du moins réduite à une moins grande quantité de liquide, si je n'avais voulu faire sur cette femme l'expérience du résultat que pourrait produire la suture entortillée employée pure et simple et sans aucun accessoire, dans le traitement des plaies du sein, c'est-à-dire sans plumasseaux, sans compresses, sans bandages de corps, en deux mots, sans appareil et sans compression. On peut en effet comprendre par la pensée que si, au lieu d'abandonner les choses à elles-mêmes ainsi que je l'ai fait chez la femme Bonon, j'avais

appliqué sur la suture et sur le sein des plumasseaux et des gâteaux de charpie, des compresses et un bandage; si enfin j'avais fait là une compression méthodique, la collection aurait pu ne pas se faire, partant la malade guérir beaucoup plus vite; et en supposant que cette collection se fût formée malgré la compression, il est probable qu'elle aurait été beaucoup moins considérable qu'elle ne l'a été, et peut-être même assez peu considérable pour que sa résorption ait eu lieu, sans que la plaie eût besoin de se rouvrir, pour la laisser s'écouler au-dehors.

Il peut se présenter encore une troisième circonstance dans les suites de la suture entortillée, c'est que la collection formée sous la suture dans l'intérieur de la plaie soit trop considérable pour pouvoir y être contenue, et qu'elle se fasse jour à travers la plaie des tégumens malgré la suture, dans les trois jours qui suivent l'opération et avant la levée du premier appareil. Il est facile de reconnaître cet accident à la souillure de l'appareil, et alors quand on le lève et qu'on a ôté les épingles, on trouve la plaie ouverte dans une étendue qui devra varier nécessairement, mais pourtant assez peu considérable pour ne pas s'opposer à ce que la guérison ait lieu dans ce cas beaucoup plus tôt encore que si la suture n'avait pas été employée. Alors il y a suppuration du foyer, et la guérison peut se faire attendre trois semaines et plus. Quelque long que ce terme puisse paraître, si on le compare à ce qu'il aurait été sans la suture, on ne pourra pas s'empêcher de regarder la suture entortillée comme un moyen d'abréger considérablement la durée de la guérison. Et en effet chez madame Hubert de Genlis, où j'ai observé l'accident dont je parle, je veux dire l'issue des fluides à travers la plaie avant la levée du premier appareil, la guérison ne

s'est pas fait attendre plus de trois semaines, et ce résultat est encore fort beau comparativement à ce que l'on aurait pu obtenir avec les agglutinatifs; car ici la plaie avait quelque chose d'effrayant : elle s'étendait du sternum au sommet du creux axillaire chez une femme très grasse; elle n'avait pas moins de 30 à 32 centimètres en longueur, sur une profondeur variable de 4 à 8 centimètres, et quand on la laissait béante, ses lèvres s'écartaient l'une de l'autre en se rétractant l'une contre la clavicule et l'autre sur le ventre, de manière à constituer sur la poitrine une excavation horrible à voir; j'avais enlevé une masse squirrheuse qui comprenait le sein dans son intégralité, avec un paquet de ganglions axillaires dégénérés. Or, je le demande, quelle est la méthode de traitement autre que la suture qui aurait pu permettre d'espérer, je ne dirai pas une réunion aussi prompte de la plaie, mais encore la guérison de cette plaie et de la malade, cette guérison ne dût-elle même être que temporaire; car je dois dire ici, que j'ai toujours vu échouer les tentatives de réunion faites au moyen des bandelettes agglutinatives, dans de telles circonstances, et j'ai vu aussi très souvent alors les malades mourir des accidens traumatiques qui se développaient consécutivement à ces vastes plaies de la poitrine. Or, cela étant, j'estime que la suture qui met à l'abri de ces accidens doit être regardée comme un grand bien, et je reste convaincu jusqu'à preuve de contraire, que l'application de la suture entortillée au traitement des plaies du sein est destinée à opérer une révolution dans les idées ou plutôt dans les préjugés actuellement régnant en chirurgie.

Les épingles ordinaires me paraissent de beaucoup préférables aux aiguilles d'acier, d'argent, d'or ou de tout autre métal, que l'on pourrait employer pour faire la suture entor-

tillée; elles ont sur les aiguilles d'acier l'avantage de pouvoir être maniées plus facilement, de se laisser couper plus aisément, de ne point s'oxyder, de ne point casser; et elles ont sur les aiguilles d'or ou d'argent l'avantage d'être d'un prix peu élevé et de pouvoir se trouver sous la main partout, en aussi grande quantité que cela est nécessaire; ces deux dernières circonstances doivent être prises en considération, relativement à la préférence à accorder aux épingles ordinaires, car il peut être nécessaire d'en employer un très grand nombre, ainsi que je l'ai fait pour réunir les plaies des malades qui font le sujet de la IV^e, de la V^e et de la VI^e observations, puisque chez l'une j'en ai employé 14 et chez les autres 16 et 26. Il ne faut pas croire pour cela que les épingles de toute qualité conviennent pour la suture entortillée, car il y en a qui plient ou dont la tête est mal assujettie, et celles-là ne valent rien. Les meilleures sont celles de qualité supérieure, dites épingles anglaises, de grosseur moyenne, c'est-à-dire du diamètre d'un millimètre ou un peu moins, et de la longueur de 3 à 4 centimètres. Je me suis servi quelquefois d'épingles plus petites, mais celles dont je viens d'indiquer les dimensions m'ont paru mériter la préférence sur les autres. On devra bien se garder d'employer ces épingles telles qu'elles sortent de la boutique des marchands, car alors leur introduction serait extrêmement difficile pour le chirurgien et très douloureuse pour les malades; on fera donc aiguiser leur pointe sur la meule et l'on donnera à cette pointe la forme triangulaire, en allongeant le triangle sur le corps de l'épingle, dans l'étendue d'un centimètre ou un peu moins(1). Toute cette pointe devra être ensuite retranchée, quand la suture sera faite, au moyen des

(1) *Voir* pl. 1, fig. 2 et 3.

pinces coupantes ; ces pinces sont coudées et leurs mors sont placés sur la même ligne que celles des branches ; cet instrument m'a paru jusqu'ici être ce qu'il y a de plus commode et de plus expéditif pour rogner les épingles. Pl. I, fig. 1.

Quant à la direction dans laquelle on doit placer les épingles pour la suture, il faut qu'elle soit toujours perpendiculaire à celles des lèvres de la plaie, et l'on devra s'arranger de manière à ce que la peau ne forme nulle part des plis ou des godets entre les épingles.

Il m'a paru à-peu-près indifférent de placer la pointe ou la tête des épingles en haut ou en bas pour la poitrine, en arrière ou en avant pour l'aisselle, puisque l'appareil doit les recouvrir et les mettre à l'abri de tout frottement : ordinairement je place les épingles de manière à ce que leur tête soit en haut et la pointe en bas pour la poitrine, et indifféremment la tête en avant ou en arrière pour l'aisselle, selon qu'il m'est plus commode de les poser d'une façon plutôt que de l'autre.

Je ne me dissimule pas les reproches que l'on peut faire à la suture entortillée, appliquée au traitement des plaies du sein et de l'aisselle ; mais de tous ces reproches, il n'y en a qu'un seul de fondé et le voici : c'est que la suture est un moyen douloureux. Pourtant, je dois dire qu'ici les chirurgiens ont exagéré de beaucoup la vérité, car si l'on prend, pour faire la suture entortillée, les précautions que j'ai indiquées, elle sera peu douloureuse. Mais, si au lieu de se servir d'épingles à pointe acérée et formée en triangle comme je l'ai recommandé, on emploie des épingles à pointe obtuse et ronde, comme elles se trouvent chez les marchands, la suture entortillée mérite tous les reproches qu'on lui a adressés, et elle est alors très douloureuse ; c'est ainsi que je l'ai vu, dans ce cas, occasionner aux malades autant ou plus de

douleurs que l'opération première et leur arracher des cris perçans, sans compter qu'alors le chirurgien éprouve encore de très grandes difficultés pour l'introduction des épingles ; car quand leur pointe n'est pas acérée, elles piquent mal, et l'on ne parvient à les placer qu'avec de grands efforts et une perte de temps considérable. Mais, si l'on considère que la suture entortillée ne mérite de reproches qu'autant qu'on la pratique mal, ce n'est plus à elle que les reproches doivent être adressés, mais bien au chirurgien qui ne sait pas ou ne veut pas faire ce qu'il faut pour rendre ce moyen comparable à un pansement ordinaire. Je le répète, avec de bonnes épingles acérées convenablement, la suture entortillée n'est guère plus douloureuse que le pansement par les bandelettes agglutinatives, et elle est alors d'une exécution prompte et facile pour les chirurgiens qui ont l'habitude des opérations.

Le contraste qui existe entre l'action des épingles sur les malades, quand elles sont bien ou mal acérées, est une chose frappante ; dans le premier cas, ils ne se plaignent que fort peu ou même pas du tout ; tandis que dans le second, ils jettent les hauts cris et se plaignent beaucoup plus que pendant tout le temps de l'opération primitive, à laquelle ils comparent d'eux-mêmes les douleurs du pansement, en les déclarant cent fois pires que celles qu'ils ont eu d'abord à endurer. Ce que je dis là, je l'ai vu : je le tiens donc pour vrai, et si je répète ici ce que j'ai dit plus haut, c'est afin de faire passer mes convictions dans l'esprit des chirurgiens.

Et qu'on ne vienne pas dire ici, que dans la suture entortillée, la présence des épingles, formant corps étranger dans la peau, est une cause d'inflammation ; car ce reproche ne peut pas soutenir l'examen. Les épingles ne peuvent devenir et ne deviennent jamais cause d'inflammation, à moins qu'on

ne les laisse trop long-temps à demeure; mais hors cette circonstance elles n'occasionnent pas d'inflammation.

J'ai pratiqué depuis plus de vingt ans un très grand nombre de fois la suture entortillée, car elle est pour la réunion immédiate des plaies le moyen que je préfère à tous les autres; je l'ai employée surtout après des extirpations de tumeurs de nature diverse, cancéreuses et autres, aux lèvres, à la face, au col, sur le tronc, sur les membres, et je dois dire qu'elle ne m'a guère failli que quand je laissais les épingles à demeure plus de trois jours. Je ne puis donc que blâmer les chirurgiens qui laissent à demeure plus long-temps les épingles dans les plaies réunies par la suture, parce que cette conduite me paraît être le moyen le plus sûr pour lui faire manquer son but et pour la discréditer. Aussi j'avouerai que je suis fort embarrassé pour m'expliquer comment il se fait que Benjamin Bell qui dit avoir retiré de grands avantages de la suture entortillée, ait positivement donné le conseil de laisser les épingles à demeure dans la plaie pendant cinq, six et sept jours (1). Je m'explique encore d'autant moins les succès que B. Bell a obtenus, qu'il employait évidemment fort mal la suture, puisqu'il la pratiquait avec des épingles beaucoup trop grosses et si mal acérées, qu'il était

(1) On trouvera sans doute des chirurgiens qui citeront des observations de guérisons par première intention de plaies de diverses parties du corps avec la suture entortillée, dans lesquelles les épingles ont été laissées à demeure quatre, cinq jours et plus; mais là l'exception ne fait que confirmer la règle, car si la réunion par première intention a lieu quelquefois avec les épingles laissées à demeure cinq jours et plus, il arrive bien plus souvent encore qu'elle n'ait pas lieu, de telle sorte que dans le cas où la réunion se fait, on peut dire que cela a lieu, malgré le mauvais usage de la suture.

obligé, pour les enfoncer dans les chairs, d'avoir recours à l'instrument *dit porte-aiguille*, ainsi qu'on peut le voir dans la traduction française qui a été donnée de son cours de chirurgie par Bosquillon (1). Toutefois, il devra résulter de ceci, pour le lecteur comme pour moi, que si la suture entortillée, même étant mal employée et évidemment mal faite, a pu mériter des éloges, à plus forte raison donnera-t-elle de beaux et grands résultats si elle est bien faite.

On ne doit point se dissimuler, qu'envisagée comme moyen de prévenir le retour d'une affection cancéreuse du sein, la suture entortillée, pas plus que toute autre méthode de réunion ou de pansement, ne peut mettre à l'abri de la récidive. Pourtant elle est à mon avis préférable non-seulement aux agglutinatifs, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, mais encore à l'autoplastie. Cette dernière méthode, appliquée au traitement des plaies qui succèdent aux ablations de cancers du sein, et vantée outre mesure par M. Martinet de la Creuse, est susceptible de reproches qui sont tous très fondés en raisons dont il n'est pas possible de décliner la valeur. D'abord, avec l'autoplastie on fait deux opérations au lieu d'une, et deux opérations qui ne doivent pas être moins douloureuses ni moins difficiles l'une que l'autre. Ensuite, le lambeau autoplastique peut tomber en gangrène, et l'opération par cela même ne pas réussir, ainsi que l'a vu M. Velpeau; conséquemment les malades ont alors souffert en pure perte une double opération, et ils ont à guérir deux plaies très étendues au lieu d'une. Puis enfin, outre que l'autoplastie n'est pas toujours applicable, et que dans les cas où elle l'est, on peut la remplacer avec avantage par la suture entortillée, elle ne

(1) *Cours de Chirurgie*, etc. Paris, 1796. In-8°. Tome 1er, p. 9.

peut pas, plus que toute autre méthode, mettre les malades à l'abri de la récidive du cancer. M. Martinet s'est donc, à mon avis trop empressé d'annoncer que l'autoplastie avait mis à l'abri de la récidive de leur maladie, les sujets sur lesquels il l'a employée; car les deux observations de cancer du sein qu'il a publiées à cette occasion dans les journaux de médecine français ne sont nullement concluantes, puisque la guérison de ses malades ne datait peut-être que de quelques mois (1). Or, je suis convaincu que si M. Martinet comptait bien les succès définitifs de son fameux procédé opératoire *propre à prévenir la récidive du cancer*, maintenant que plus de dix ans se sont écoulés depuis sa publication et que les faits ont dû s'accumuler sous les yeux de cet ingénieux chirurgien, il ne citerait pas plus d'exemples authentiques de guérison que ne peuvent le faire les autres chirurgiens, sur un nombre donné de malades, qu'elles qu'aient d'ailleurs pu être les méthodes et les procédés mis en usage tant pour l'opération en elle-même que pour le pansement de la plaie. J'ai dit et je tiens donc pour vrai que dans tous les cas où l'autoplastie paraîtrait devoir être employée, la suture entortillée lui est de beaucoup préférable.

Quand on veut mettre en usage la suture entortillée dans le traitement des plaies du sein, deux circonstances peuvent se présenter : ou bien les lèvres de la plaie succédant à l'extirpation d'une tumeur du sein peuvent être affrontées partout sans trop de tiraillemens, ou bien elles ne peuvent pas l'être dans toute leur étendue : j'ai remarqué que

(1) Mémoire sur un nouveau procédé opératoire *propre à prévenir la récidive du cancer* par M. Martinet de la Creuze. *Gazette médicale de Paris*, derniers mois de 1834, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Cahier de mars 1834.

chez les grosses femmes pourvues de beaucoup d'embonpoint, on pouvait presque toujours rapprocher les lèvres de la plaie, quelles que fussent son étendue et sa profondeur, parce qu'alors la peau glisse sans obstacle sur les parois de la poitrine au moyen d'un tissu cellulaire graisseux et mou qui roule et cède sous elle. C'est là du moins ce que j'ai vu chez plusieurs malades, dont on trouvera les observations à la fin de ce travail.

Mais je dois dire que les choses ne se passent pas de même chez les femmes maigres. Chez celles-ci la peau glisse d'autant moins sur les parois de le poitrine qu'elles sont plus maigres ; il n'y a plus là de tissu cellulaire graisseux, pour assouplir la peau, ni pour favoriser son extension et son glissement. Aussi, quand on a enlevé une tumeur squirrheuse du sein avec la portion de la peau qui la recouvre chez une femme maigre, l'affrontement des bords de la plaie devient impossible, dans une étendue plus ou moins considérable du milieu de l'ellipse formée par cette plaie ; alors il n'y a que deux partis à prendre : ou bien, il faut s'arrêter dans l'application de la suture entortillée là où les tégumens éprouvent trop de tiraillement pour pouvoir être affrontés sans effort, et panser à plat avec un plumasseau enduit de cérat le milieu de la plaie qui reste à nu : ou bien, il faut décoller la peau de la poitrine en la disséquant sous chaque lèvre de la plaie pour pouvoir la réunir ensuite. Mais je ne sais pas trop à quoi m'en tenir personnellement sur la valeur de ce dernier procédé, puisque je ne l'ai jamais employé ; et je doute même qu'il puisse réussir, parce que, quoi que l'on puisse faire alors, il y aura toujours tiraillement des bords de la plaie, et d'ailleurs le surplus d'élongation que l'on aura obtenu d'une peau presque nue et dépourvue d'é-

lémens vasculaires, ne pouvant vivre qu'imparfaitement, la suture y déterminera de la gangrène ou une inflammation ulcéreuse, qui feront manquer le but. C'est là du moins, ce que mon expérience a pu me faire augurer, en jugeant par analogie; car toutes les fois qu'il m'est arrivé d'appliquer la suture entortillée à des portions de peau trop tendues ou trop amincies sur d'autres parties du corps, je n'ai jamais réussi à obtenir la réunion immédiate, et la peau s'est alors constamment gangrénée ou enflammée et ulcérée sous la suture, notamment aux places occupées par les épingles. Averti par ces faits, je n'ai donc jamais osé disséquer la peau de la poitrine pour pouvoir affronter ses bords et y appliquer la suture entortillée, après l'extirpation des tumeurs du sein; je me suis toujours contenté de n'appliquer la suture que jusqu'où je pouvais la faire arriver sans trop tirailler la peau et j'ai pansé à plat le milieu de la plaie qui restait à nu. Cela n'a pas empêché la suture de réussir dans une étendue plus ou moins considérable des parties sur lesquelles elle avait été appliquée; mais pour être vrai, je dois dire qu'alors, il m'est arrivé quelquefois de voir les lèvres de la plaie s'enflammer, se décoller et suppurer de telle sorte que la suture manquait alors son but en partie ou totalement : pourtant je n'ai vu que rarement, dans ce cas, la plaie se désunir et suppurer dans toute son étendue, et il y avait presque toujours des portions plus ou moins considérables de tégumens qui restaient solidement réunies; c'est pourquoi je pense que dans ces circonstances même, qui sont les plus défavorables, la suture entortillée vaut encore mieux que tout autre moyen de réunion, que tout autre mode de pansement primitif, pour le traitement des plaies du sein avec perte de substance considérable. Et, en effet, il y a

toujours, avec la suture entortillée, chance de réunion dans une étendue quelconque de la plaie; tandis, qu'avec les bandelettes agglutinatives ou un autre pansement, toute chance de réunion immédiate est perdue.

Avant de citer les principaux faits sur lesquels, sont basées les idées que je viens d'émettre, je crois devoir me résumer et exposer sous forme d'aphorismes les propositions suivantes :

1° La suture entortillée, appliquée au traitement des plaies qui succèdent à l'extirpation ou à l'amputation des tumeurs du sein et de l'aisselle, est le moyen le plus certain pour obtenir la réunion et la guérison immédiates.

2° Avec la suture entortillée, la réunion et la guérison s'obtiennent très souvent en trois jours, et cette heureuse terminaison s'annonce toujours à l'avance par un ecchymose qui occupe les environs de la plaie.

3° Dans le cas où cette ecchymose manque, on doit s'attendre à ce que la plaie se rouvre dans un espace plus ou moins limité, mais toujours très peu étendu, pour donner issue aux matières épanchées qui n'ont pu être absorbées et qui forment alors collection dans l'intérieur de la plaie.

4° Cette collection peut être ou séreuse, ou sanguine, ou séro-sanguine. Quand elle est sanguine, le liquide qui s'écoule ressemble à celui que dégorgent les sangsues longtemps après leur application ; mais dans ces trois cas, soit que la matière de l'épanchement consiste en sérum, en sang, ou en fluide séro-sanguin, cette matière n'a jamais d'odeur, et son évacuation ne fait que retarder de quelques jours, ou tout au plus d'une ou de deux semaines, la guérison des opérés.

5° Il arrive quelquefois, et ceci se passe ordinairement

dans les plaies très étendues et très profondes du sein, que la plaie se rouvre dans les trois premiers jours qui suivent l'opération, avant l'extraction des épingles. On en est averti par la souillure de l'appareil. Mais alors, la plaie ne se rouvre point dans toute son étendue, et je ne l'ai encore vue se rouvrir que dans l'étendue de 1, de 2, de 3, 4 ou 5 centimètres. Toutefois, c'en est assez pour qu'elle suppure et que la guérison soit retardée de plusieurs semaines.

6° La suture entortillée appliquée, même dans les cas les plus défavorables, c'est-à-dire lorsqu'on ne peut point la faire dans toute l'étendue de la plaie, est encore le meilleur moyen de traitement, parce que ce qui a été rapproché ne se désunit que rarement, surtout en entier.

7° Outre les chances d'une guérison plus prompte que par toute autre méthode de pansement, la suture entortillée en assimilant les opérations de cancer du sein les plus graves, aux opérations sous-cutanées, épargne aux malades le danger de la fièvre traumatique, celui des érysipèles et de tout le cortége des accidens aigus, qui se développent si souvent à la suite des opérations que l'on pratique au sein et à l'aisselle par les procédés ordinaires.

8° La cicatrice des plaies du sein, même les plus étendues, traitées par la suture entortillée, sont linéaires et solides, tandis que celles des plaies, traitées par la méthode ordinaire, offrent une grande étendue et sont très sujettes à se déchirer.

9° Enfin, avec la suture entortillée, le chirurgien peut ordinairement obtenir en trois jours, ou tout au plus en trois semaines, une guérison que jusqu'ici on n'obtenait pas toujours en trois mois, et, il arrive à cette guérison en évitant

aux malades toutes les chances défavorables, tous les accidens locaux et généraux graves qui accompagnaient autrefois le traitement des plaies succédant aux opérations protiquées pour l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle.

## *Observations.*

Ire Obs. — Tubercule squirrheux dans le sein gauche avec engorgement bénin et névralgie du sein du même côté. Extirpation de presque toute la moitié inférieure de la glande mammaire. Réunion de la plaie par la suture entortillée. Cicatrisation complète et définitive de la plaie au bout de trois jours chez une femme de 30 ans.

Virginie Bourguignon, demeurant à Blérancourt (Aisne), âgée de trente ans, mariée depuis dix ans, ayant eu deux enfans qu'elle a nourris tous les deux, femme délicate, grande, sèche, très maigre, habituellement bien réglée et pourtant sujette à des maux d'estomac depuis quinze ans, vint me consulter le 17 juillet 1841. Elle me montra son sein gauche dans lequel existait un engorgement douloureux, sans changement de couleur à la peau, datant de sept ans, et, pour lequel un chirurgien, consulté avant moi, avait déjà conseillé l'opération.

L'engorgement était partagé en deux, et le mamelon qui était très saillant et très sain, se trouvait placé à-peu-près au milieu de l'espèce de col qui réunissait les deux tumeurs; l'une de ces deux tumeurs était beaucoup plus petite et plus dure que l'autre, et elle ressemblait assez à ces noyaux squirrheux par lesquels débute le cancer; l'autre tumeur était beaucoup moins dure, elle était inégale et lobuleuse comme le sont ordinairement les engorgemens bénins du sein. Aucun autre engorgement n'existait ni à l'aisselle ni sous le muscle grand pectoral, mais le sein malade était le siége de

douleurs lancinantes qui se propageaient à l'aisselle, dans le dos, et le long du bras du côté malade jusqu'à l'extrémité des doigts.

L'existence de ces douleurs, qui coïncidaient d'ailleurs, avec celles d'une névrose de l'estomac, me fit penser que la maladie du sein n'était point de mauvaise nature, et je fus en quelque sorte confirmé dans cette opinion par l'intermittence des douleurs qui offraient des exacerbations et s'accompagnaient d'une sorte de fièvre tierce.

Au bout de deux mois de traitement, je parvins à résoudre celle des deux tumeurs qui m'avait paru bénigne; mais l'autre persistant toujours et ayant même plutôt augmenté que diminué de volume, la malade demanda l'opération et je consentis à la faire le 20 septembre 1841. Toutefois avant de pratiquer cette opération, je priai M. Boulogne, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Noyon, d'examiner la malade avec moi et de me donner son opinion.

Cet examen ayant été fait avec beaucoup de soin, nous regardâmes d'un commun accord l'extirpation de la tumeur comme indispensable, et elle fut pratiquée immédiatement.

Je fis donc sur les tégumens qui recouvraient la tumeur, une incision horizontale à laquelle je donnai l'étendue de 5 à 6 centimètres ; j'accrochai ensuite le tubercule avec une érigne pour la soulever, je disséquai et j'emportai avec lui un morceau de 4 à 5 centimètres de longueur de la glande mammaire pris sur toute son épaisseur, parce qu'il lui adhérait intimement.

Je m'assurai de suite de la nature de la tumeur en l'incisant par son milieu, et, je reconnus, ainsi que M. Boulogne, qu'elle était entièrement composée de tissu squirrheux non ramolli.

Je cherchai à savoir s'il ne restait pas quelque point engorgé ou quelque autre noyau squirrheux dans la glande mammaire, et pour cela, j'introduisis l'indicateur dans la plaie, tandis qu'avec le pouce, je pressais la glande par en bas; et je crus reconnaître qu'il existait plusieurs noyaux d'engorgement dans la moitié inférieure du sein. J'agrandis alors mon incision première, et j'enlevai en plusieurs tranches à-peu-près tout l'hémisphère de la partie de la glande qui se trouvait au-dessous du mamelon (1), mais comme il m'était possible de ménager le mamelon qui était sain, ainsi que je l'ai dit plus haut, je le fis. Aucun vaisseau de quelque importance ne donnant de sang, je n'eus à faire ni torsion ni ligature.

La plaie fut réunie par la suture entortillée, et je la pansai à plat avec des plumasseaux garnis de cérat, des compresses longuettes et un bandage de corps serré convenablement.

(1) L'opération faite, j'examinai les tranches composant la partie inférieure de la glande que j'avais enlevée, mais je reconnus avec surprise qu'elles étaient saines, et je ne regrettai pourtant point alors d'avoir enlevé ces parties parce qu'elles avaient été malades avant l'opération. Mais aujourd'hui je le regrettais, et voici pourquoi : c'est que j'ai reconnu, depuis ce temps-là, que dans les opérations pratiquées sur le sein, toutes les fois que l'on a entamé la glande mammaire et qu'ensuite, on la presse entre deux doigts dont l'un est placé dans la plaie et l'autre sur la peau, on éprouve la sensation trompeuse d'engorgemens qui n'existent pas. Cette sensation est très certainement trompeuse; je m'en suis assuré plusieurs fois, et si je m'arrête ici un moment sur cet objet, c'est pour que mon erreur et la reconnaissance que j'ai faite de cette erreur servent de leçon et d'exemple à d'autres chirurgiens. Si je réussis par cet aveu à épargner aux malades quelques coups de bistouri de trop, et aux opérateurs quelques bévues de moins, mon but sera rempli.

Je prescrivis une potion opiacée et la malade fut mise à la diète et aux boissons délayantes.

Aucun accident ne survint, et la malade étant tourmentée par la faim, je lui accordai du bouillon de bœuf.

Le 23 septembre, soixante-douze heures après l'opération, j'enlevai le bandage de corps auquel on n'avait touché que pour le resserrer les jours d'avant, puis, les compresses la charpie et les épingles. Je remarquai que toute la région du sein à l'entour de la plaie était ecchymosée, comme si la malade avait reçu là une violente contusion.

Les fils de la suture étant adhérens à la plaie, je les laissai à demeure, et je les recouvris avec des plumasseaux fortement chargés de cérat; le lendemain 24, je pus les enlever. Aucun engorgement, aucun indice de collection n'existait, la plaie était parfaitement réunie dans toute son étendue, et partant la malade guérie. Restait seulement l'ecchymose qui disparut sans aucun traitement dans l'espace d'une quinzaine de jours.

Un cautère fut appliqué à la jambe, je fis purger la malade et elle quitta l'Hôtel-Dieu de Noyon, heureuse d'avoir pu guérir en aussi peu de temps.

Il y a trois ans passés que cette opération a été faite, j'ai revu plusieurs fois Virginie Bourguignon depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas démentie. Il ne reste au sein qu'une cicatrice linéaire dont la planche II donnera une idée exacte.

11e Obs. — Tumeur squirrheuse du sein droit. Extirpation. Traitement par la suture entortillée, guérison en trois jours chez une fille de 25 ans.

Eléonore Leroy, demeurant à Montdidier (Somme), jeune fille très forte, grande, d'un tempérament sanguin, d'une

bonne constitution et d'un embonpoint ordinaire, n'ayant jamais eu d'autres maladies que des congestions cérébrales et des pléthores sanguines pour lesquelles elle s'est fait saigner quelquefois, s'aperçut en se mettant dans un bain qu'elle portait à la partie supérieure du sein droit une petite tumeur roulante de la grosseur d'une aveline.

Jusque-là, elle n'avait point souffert de cet engorgement, elle avait alors 23 ans et c'était en juin 1840. Bientôt la pression des corps étrangers qu'elle appuyait sur la poitrine et les mouvemens du bras qui n'avaient point encore été douloureux le devinrent, et il se joignit à cela, dans la tumeur même, quelques douleurs spontanées que la malade comparait à des picotemens. Elle devint inquiète et elle consulta alors M. le docteur Mangot qui, regardant la tumeur comme un squirrhe, ne conseilla aucun traitement parce qu'il pensait que cela serait en pure perte, et il en proposa l'extirpation. Mais avant de se décider à ce parti extrême, Éléonore Leroy voulut attendre, pour voir ce que deviendrait sa tumeur, et comme elle grossissait toujours quoique lentement, elle vint me consulter le jour de l'Ascension, 5 mai 1842.

Pendant un intervalle de deux ans la tumeur était arrivée au volume d'une noix de moyenne grosseur dont elle avait à-peu-près la forme. Elle était dure et très résistante au toucher dans un ou deux endroits, un peu plus molle dans d'autres; elle était bosselée dans les endroits où elle offrait le plus de résistance, et l'examen que je fis de la tumeur fut très douloureux pour la malade, qui me rappela cette circonstance qu'elle n'avait point encore oubliée, un an après.

La situation de la tumeur à la partie supérieure du sein et sur le bord de la glande mammaire me donna l'idée que ce pouvait bien n'être qu'un engorgement de l'un de ces appen-

dices glanduleux, frangiformes, qui bordent quelquefois le disque du sein et plongent dans le tissu cellulaire ambiant (appendices dont l'existence a été signalée par M. le professeur Velpeau). Il n'existait au reste aucune douleur, irradiant de la tumeur sur les parties voisines, ainsi que cela s'observe dans certains autres engorgemens du sein; le caractère de la seule douleur qui existait (douleur propre du sein) ne me parut point fâcheux, puisqu'elle consistait en de simples picotemens; de sorte que je crus n'avoir affaire qu'à un engorgement bénin (tumeur mammaire chronique d'Astley Cooper). Mais l'insuccès complet d'un traitement qui consista en saignées du bras répétées tous les mois, administration de la teinture d'iode à l'intérieur, emploi de la pommade d'iodure de potassium à l'extérieur, bains entiers simples et alcalins, etc., vint me démontrer, au bout de quatre mois, que je m'étais trompé et que la tumeur n'était point susceptible de résolution, ainsi que je l'avais d'abord pensé. Il fallut donc songer à l'opération; mais comme le traitement avait singulièrement fatigué, amaigri la malade et dérangé les fonctions de son estomac, je voulus la laisser se reposer pendant un mois au moins, avant de l'opérer. Le traitement avait été abandonné à partir du 15 septembre, et la malade regretta de l'avoir suivi, tout autant que moi, de le lui avoir conseillé; mais pourtant, il fallait bien, dans le doute où j'étais sur la nature de la tumeur, essayer un traitement qui pouvait réussir, plutôt que d'en venir de suite à une opération que j'aurais pu regretter.

Ce fut le 28 septembre 1842 que j'opérai Éléonore Leroy et alors la tumeur avait évidemment grossi, sans pourtant avoir cessé d'être roulante; mais les douleurs avaient changé de nature, elles étaient devenues lancinantes et

elles avaient augmenté d'intensité, surtout à l'époque des règles.

La malade étant assise sur un fauteuil élevé, placé en face d'une croisée, je saisis la tumeur entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, pour la fixer, je pratiquai à la peau qui la recouvrait une incision horizontale de 8 à 9 centimètres de long, et je fis pénétrer le bistouri dans le tissu cellulaire graisseux jusque sur la tumeur. Dans ce moment la malade eut une syncope qui ne dura que quelques secondes. Une érigne fut alors implantée dans la tumeur que je soulevai pour la disséquer, mais je ne la détachai des parties qui l'entouraient qu'en coupant toujours au-delà de ses limites apparentes dans des tissus sains, et enfin je l'extirpai après l'avoir détachée de toutes parts. Cette tumeur était ainsi enveloppée par une couche de tissu cellulaire graisseux et par un segment de la circonférence supérieure de la glande mammaire à laquelle elle adhérait et que j'avais enlevé avec elle.

Je fendis alors la tumeur en quatre pour l'examiner immédiatement et je reconnus avec M. le docteur Ancelle, qui avait bien voulu m'assister dans cette opération, qu'elle était composée de tissu squirrheux non encore ramolli, mais de consistance inégale dans les divers points de la tumeur. Aucune ligature ni torsion ne fut pratiquée, quoique deux artérioles qui avaient été ouvertes eussent donné d'abord du sang abondamment. J'étanchai la plaie pendant quelques momens avec des éponges imprégnées d'eau froide, et quand je vis qu'elle ne fournissait plus de sang, je la réunis au moyen de la suture entortillée : 8 ou 9 épingles furent implantées dans la peau à la distance d'environ 1 centimètre l'une de l'autre ; mais avant de terminer le placement du fil ciré, je reconnus

à la pression et à la percussion que le vide, qui devait exister à la place de la tumeur, s'était comblé et qu'il était occupé par de l'air et du liquide ; j'introduisis alors dans la plaie entre deux épingles une petite pince à ligature, fermée, et quand elle me parut être arrivée assez avant je la laissai s'ouvrir d'elle-même, ce qui entr'ouvrit immédiatement la plaie d'où il sortit du sang spumeux, évidemment mêlé à de l'air qui avait été enfermé dans son intérieur. On comprima alors exactement la plaie et ses alentours avec les doigts pour évacuer tout le liquide épanché, je retirai ensuite la pince ; les lèvres de la plaie furent affrontées de nouveau et je terminai l'application du fil sur les épingles, puis enfin la pointe des épingles fut rognée avec les pinces coupantes : des plumasseaux, des compresses longuettes recouvrirent la suture et le tout fut maintenu par un bandage roulé appliqué méthodiquement sur la poitrine. Ce bandage s'étant défait dans la nuit je le rappliquai le 29, et je ne l'ôtai que le 1er octobre, soixante-douze heures après l'opération.

En levant l'appareil je remarquai sur la poitrine une ecchymose jaunâtre qui me fit augurer favorablement du résultat de la suture ; je pus enlever en même temps les épingles et le fil sans tirailler la plaie, et je vis avec satisfaction que la réunion était parfaite. J'appliquai quelques bandelettes de sparadrap, préparé avec l'emplâtre de minium, pour maintenir les lèvres de la plaie dans l'état où elles étaient et je fis mettre à la malade son corset, en lui recommandant de le garder nuit et jour, afin de soutenir les seins qui avaient beaucoup de volume, conséquemment du poids, et d'éviter ainsi le tiraillement de la cicatrice.

Éléonore Leroy le fit exactement et la plaie resta fermement réunie, mais cela n'a pas empêché la cicatrice de s'é-

largir et d'être en conséquence un peu difforme parce qu'elle n'est plus linéaire.

Cette circonstance, je veux dire l'existence d'une cicatrice plus apparente qu'elle n'aurait pu l'être, chez cette jeune fille qui ne se décollète jamais, serait, chez une femme du monde, un texte de reproches amers contre le chirurgien. Il y aurait eu, ce me semble, un moyen d'annuler l'effet du tiraillement opéré par le poids du sein sur la cicatrice, c'eût été de donner à l'incision la direction d'un rayon devant aboutir au mamelon ou bien de la faire tout simplement parallèle à la ligne médiane du corps. A l'avenir j'essaierai l'un et l'autre de ces deux procédés, et si je les mentionne ici, c'est pour que d'autres chirurgiens les mettent en usage avant moi, s'ils en trouvent plus tôt l'occasion.

III^e^ Observ. — Squirrhe du bord externe du sein droit. Extirpation, réunion de la plaie par la suture entortillée. Guérison en trois jours chez une femme de 25 ans.

Madame Daussy de Compiègne, jeune femme brune ayant habituellement une bonne santé, n'a jamais eu d'autre ma a-die qu'une fluxion de poitrine et une entérite à l'âge de 13 ans. Mariée à 20 ans elle s'aperçut alors de l'existence d'une petite tumeur, d'origine inconnue, située au côté externe du sein droit. Cette tumeur datait sûrement déjà de plusieurs années, ou tout au moins de plusieurs mois, car elle était grosse comme une petite noix, mais jusque-là madame Daussy ne s'en était pas aperçu. La tumeur était indolente et elle resta telle pendant long-temps; mais pourtant à l'âge de 22 ans madame Daussy, inquiète sur son état, consulta M. le docteur Stockly, qui fit appliquer régulièrement toutes les semaines pendant quatre mois 3 ou 4 sangsues sur la tumeur ainsi que

des cataplasmes émolliens ; il employa aussi des frictions avec une pommade iodée, et il soumit la malade à l'usage des pilules suivantes :

℞ suc de réglisse ʒ II — 8 grammes.
Éponge brûlée ʒ I — 4 grammes.
Carbonate de soude gr. VIII — 4 décigrammes.
Poudre de cannelle gr. XVIII — 1 gramme.
Mucilage de gomme adrag. q. s. pour 24 pilules.

Madame Daussy ayant un goître commençant, on fit également des frictions avec la pommade iodée sur le col, M. le docteur Stockly pensant que le goître et l'engorgement du sein pouvaient bien être de même nature. Mais ce traitement fut tout-à-fait infructueux, et la malade ayant beaucoup maigri pendant qu'elle le suivait ne voulut plus le continuer, d'autant moins, que la tumeur du sein n'avait pas diminué de volume.

Trois ans après cela, le 8 octobre 1842, madame Daussy me consulta et elle se détermina à le faire, parce que depuis cinq ou six mois la tumeur avait beaucoup grossi et qu'elle était devenue le siége d'élancemens et de douleurs déchirantes qui se propageaient le long des nerfs du bras jusqu'au poignet (1). La tumeur était mobile sur la poitrine et elle suivait les mouvemens de la glande mammaire à laquelle elle adhérait; sa dureté et le caractère lancinant des douleurs

(1) L'existence de ces douleurs chez madame Daussy m'a surpris, parce qu'ordinairement, d'après Astley Cooper, elles accompagnent plutôt les engorgemens bénins du sein que ceux qui sont de mauvaise nature ; c'est ainsi que si l'on s'en était rapporté ici, au caractère des douleurs seulement, on aurait, sur la foi de cet auteur, regardé la maladie *comme une tumeur irritable du sein* (Classification d'Astley Cooper), tandis que c'était un squirrhe.

qui l'accompagnaient, ainsi que l'insuccès d'un traitement rationnel et l'accroissement continuel et progressif de la tumeur, me firent juger que c'était un squirrhe, et je conseillai l'extirpation. La malade s'y décida et je pratiquai cette opération le jeudi 15 décembre 1842 avec l'assistance de M. le docteur Ancelle. Je fis à la peau une incision de 8 à 10 centimètres de manière à dépasser un peu les deux extrémités du grand diamètre de la tumeur que j'accrochai avec une érigne pour pouvoir mieux la disséquer et l'enlever. Cette dissection fut faite en coupant dans les parties saines et j'enlevai avec la tumeur un segment de la glande mammaire (1).

Je réunis, avec les précautions convenables, la plaie au moyen de la suture entortillée, et le dimanche 18 octobre, j'enlevai les épingles et les fils de la suture, 72 heures après leur application. La réunion était alors parfaite, et néanmoins j'employai les bandelettes de sparadrap, préparées avec l'emplâtre de minium, pour éviter les tiraillemens ou la déchirure de la cicatrice. L'ecchymose, qui accompagne

(1) Je remarquai encore cette fois, ainsi que je l'avais fait sur les deux malades qui font le sujet des deux observations précédentes, que la glande mammaire ainsi entamée me donnait, au toucher, à l'endroit où je l'avais coupée, la sensation trompeuse de nodosités, d'engorgemens pathologiques qui n'existaient pas; car je renversai immédiatement la peau en dehors et j'appuyai sur la glande pour la faire saillir entre les lèvres de la plaie, afin de m'assurer de son état; et je vis qu'elle était véritablement très saine. Mais il me fallut cette preuve de *visù* pour me démontrer que la glande était saine, parce que le toucher me trompait (malgré mon expérience) à un point tel, que si je m'en étais rapporté à la sensation qui m'était fournie par le toucher seul, j'aurais reporté le bistouri dans la plaie, pour enlever une nouvelle portion de la glande mammaire *et une portion saine.*

ordinairement la réunion immédiate, était ici très visible autour de la cicatrice, mais elle disparut dans l'espace d'une dizaine de jours.

L'examen que je fis de la tumeur, conjointement avec M. le docteur Ancelle, nous démontra, à l'un et à l'autre, que c'était un squirrhe enkysté à l'état cru.

IV[e] Obs. — Squirrhe du sein gauche comprenant les deux tiers inférieurs et externes de la glande mammaire, prolongement fibro-squirrheux dans l'aisselle sans engorgement ganglionaire. Amputation de la tumeur et extirpation de son prolongement. Réunion de la plaie par la suture entortillée sans aucun pansement ultérieur. Epanchement sous la cicatrice qui s'ouvre pour lui donner issue. Guérison complète 15 jours après l'opération.

Femme Bonon, de Noyon, âgée de 46 ans, encore réglée, d'un tempérament lymphatique, ayant les cheveux roux, beaucoup d'embonpoint et la gorge volumineuse, fut reçue à l'Hôtel-Dieu de Noyon, le 13 février 1842, pour y être opérée d'un squirrhe qu'elle portait au sein gauche, et pour lequel je lui avais déjà donné des soins un an auparavant.

Cette femme, bien décidée à l'opération, avait mis pour condition de son entrée à l'Hôtel-Dieu, qu'on l'opérerait le lendemain du jour de son admission. Je l'opérai donc le lendemain 16 février.

La tumeur occupait les deux tiers inférieurs et externes de la glande mammaire; elle était très dure, lourde à la main, inégale et comme tuberculée, mais lisse dans ses inégalités; le mamelon était rétracté, et déjà un commencement d'ulcération y existait; la tumeur paraissait adhérer lâchement à la région antérieure de la poitrine, et à la moitié inférieure de l'aisselle. Du reste, elle était le siége de douleurs lancinantes, et un traitement méthodique par

les préparations d'iode à l'intérieur et à l'extérieur, ayant été suivi obstinément sans succès, il n'y avait pas plus à douter de la nécessité que de l'urgence de l'opération.

On n'observait aucune apparence d'engorgement axillaire.

La malade étant donc placée sur la table d'opération, je circonscrivis la tumeur par deux incisions elliptiques dirigées dans le sens de son grand diamètre, qui se trouva par hasard être à-peu-près le même que celui de la direction des fibres inférieures du muscle grand pectoral; je la disséquai ensuite en coupant dans le tissu cellulaire graisseux, dans la glande mammaire, dans l'aponévrose et les fibres antérieures du muscle grand pectoral auquel elle adhérait; et quand je fus arrivé au côté externe de la tumeur qui correspondait au point de réunion de mes deux incisions en dehors, je m'aperçus, en tirant sur elle, qu'il en partait un prolongement se dirigeant vers l'aisselle. Je m'attendais à rencontrer cette disposition, et elle ne me surprit point. Je me décidai donc de suite à prolonger l'angle externe de mon incision jusque dans l'aisselle, au-delà des limites apparentes du mal; je disséquai ensuite avec soin ce prolongement, et je le détachai de la poitrine, ainsi que des tissus qui l'environnaient, en coupant toujours dans les parties saines. Je me servis de la tumeur que j'avais laissé tomber sur la poitrine, pendue à ce prolongement qui lui formait une sorte de queue, comme d'un guide sûr pour savoir jusqu'où il s'étendait; et il me suffisait, pour diriger l'action de mon bistouri, de faire tirer sur la tumeur par un aide, pendant le temps que j'employais à disséquer ce *tractus* fibro-squirrheux.

Une petite portion de la tumeur principale étant restée dans l'épaisseur de la lèvre supérieure de la plaie, je l'enlevai avec le bistouri, après l'avoir attirée à moi avec une

érigne, puis je laissai saigner la plaie pendant environ un quart d'heure; et comme l'écoulement du sang était peu abondant, je n'eus recours, ni à la torsion, ni à la ligature d'aucune artère. J'abstergeai alors la plaie à plusieurs reprises avec des éponges imbibées d'eau froide, et je la réunis ensuite au moyen de la suture entortillée. Je plaçai seize épingles seulement dans cette plaie, qui n'avait pas moins de 21 à 22 centimètres de longueur. Je n'employai ici aucun autre objet de pansement que les épingles avec le fil de la suture, et je n'appliquai aucun appareil sur la poitrine de la malade; je me contentai de rogner les pointes des épingles avec la pince coupante, et je ne pris aucune autre précaution que celle de faire placer le bras du côté opéré dans une écharpe.

L'examen de la tumeur me démontra que c'était un squirrhe déjà ramolli dans plusieurs endroits, et que le prolongement axillaire était constitué par un tissu plus résistant que celui de la tumeur, très criant sous le scalpel, et présentant l'apparence fibro-lamelleuse.

La malade fut ensuite portée dans son lit. Les douleurs de l'opération se calmèrent dans la journée sous l'influence d'une potion opiacée; mais le soir il y avait de la fièvre, et cette femme toussait considérablement. J'appris alors qu'elle était enrhumée depuis quinze jours, et qu'elle n'avait point voulu m'en prévenir, de crainte que je ne retardasse son opération. Je lui fis pratiquer une saignée du bras de trois palettes; on continua l'usage de la potion opiacée, et on donna à boire de l'eau d'orge miellée.

Le lendemain de l'opération, 15 février, la toux continuant, je fis renouveler la saignée, quoiqu'il n'y eût plus de fièvre, et l'on donna dans la journée un demi-grain de tartre

stibié en lavage, qui procura plusieurs vomissemens et deux selles. La nuit on donna un looch.

Le 16 février, on donna de nouveau le tartre stibié en lavage, avec le même résultat que la veille; on continua l'usage du looch. La toux a considérablement diminué; mais je remarque qu'il s'est fait un épanchement dans la plaie sous la suture, sans que pourtant cet épanchement ait pu se frayer la moindre issue à travers la plaie des tégumens, qui me paraît très exactement réunie partout.

Le 17 février, 72 heures après l'opération, j'enlevai les épingles de la suture, en laissant le fil en place, sans chercher à le déranger en rien. J'appliquai par dessus le fil des plumasseaux de charpie fine, enduits de cérat, quelques compresses longuettes, et un bandage de corps, garni d'un scapulaire pour maintenir le tout. *Il n'existait aucune trace d'ecchymose à l'entour de la cicatrice.*

La journée se passa bien; la malade demanda à manger; elle toussa fort peu; on lui donna du bouillon de bœuf, tout en continuant l'usage du looch et de la tisane d'orge miellée.

Dans la matinée du 18 février, tout l'appareil était imbibé d'une sérosité sanguinolente inodore, mais dont la couleur rouge-pâle avait donné à la religieuse, chargée des malades, l'idée d'une hémorraghie; de sorte qu'elle m'envoya chercher de très bonne heure. J'étais convaincu qu'une hémorrhagie n'était pas possible, et je m'attendais à ce qui m'était annoncé; c'est pourquoi je ne me dérangeai point, et je fis ma visite de l'Hôtel-Dieu à l'heure accoutumée. Je changeai l'appareil, et je pansai à plat comme la veille, sans toucher au fil de la suture. Bouillon de bœuf, orge miel., looch.

Le 19 février, le suintement séro-sanguin a été moins considérable, mais de même nature que la veille. J'enlevai le fil de la suture, et je remarquai que la plaie était exactement réunie partout, excepté vers l'union de son tiers externe avec son tiers moyen, dans une place de l'étendue d'un centimètre, par où se faisait l'écoulement du liquide qui s'était accumulé dans la plaie à la suite de l'opération. Dans la crainte que la cicatrice ne se désunît, je la recouvris dans toute son étendue avec les bandelettes de sparadrap de Vigo, de 12 à 15 centimètres de long, placées à cheval sur elle, de manière à rapprocher la peau de la cicatrice et à éviter tout tiraillement. Au bout de deux jours, je fus obligé d'enlever ces bandelettes, parce qu'un érysipèle se déclarait sur tout le côté gauche de la poitrine. Je fis alors donner de nouveau le tartre stibié en lavage; mais l'érysipèle n'en parcourut pas moins ses périodes, et il dura jusqu'aux premiers jours de mars, époque à laquelle la petite ouverture qui existait à la cicatrice se ferma définitivement.

Le 3 mars, 15 jours révolus après l'opération, il n'existait plus aucune trace de celle-ci, si ce n'est une cicatrice linéaire (voir la pl. III) avec un petit enfoncement là où la plaie s'était ouverte, pour donner issue aux fluides épanchés dans le sein. Je regrettai beaucoup d'avoir eu recours ici à l'application des bandelettes agglutinatives préparées avec l'emplâtre de Vigo (1), parce que je pense que sans cela il ne serait point

(1) On a prétendu dans ces derniers temps pouvoir remplacer avec avantage, le sparadrap de Diachylon par le sparadrap de Vigo. Mais l'un ne vaut pas mieux que l'autre, sous ce rapport qu'ils exposent à-peu-près également les malades aux érysipèles et aux érythèmes. J'ai substitué un grand nombre de fois ces deux moyens l'un à l'autre dans ma pratique, et c'est après avoir

survenu d'érysipèle et que l'ouverture de la cicatrice aurait pu se fermer huit jours plus tôt.

Mais en acceptant ce fait tel qu'il est, il n'en résulte pas moins qu'ici j'ai obtenu en moins de 20 jours la guérison d'une plaie de la région mammo-axillaire de 21 à 22 centimètres de long sur une profondeur variable de 3 à 6 centimètres, avec une perte de substance considérable; et je suis même convaincu qu'on n'aurait point pu obtenir un pareil résultât, sans la suture entortillée.

On devra remarquer du reste que chez la femme Bonon, je n'ai employé aucun bandage, aucun moyen de compression qui, en agissant sur la plaie, aurait peut-être pu par cela même empêcher l'accumulation de liquide qui a eu lieu ici.

Mais j'étais bien aise de faire l'essai de la suture entortillée employée seule et sans accessoire aucun, pour savoir à quoi m'en tenir sur la valeur de ce moyen : et quoiqu'on ne puisse pas tirer de conséquences rigoureuses d'un seul fait, je n'en conclurai pas moins de celui-ci, que l'absence de tout objet de pansement, l'absence d'un bandage de corps, l'absence de la compression enfin, a favorisé l'accumulation de la sérosité sanguinolente dans la plaie, et que, pour obtenir de bons résultats de la suture entortillée dans le traitement des plaies du sein, il faut y joindre l'action d'un bandage compressif convenablement serré (1).

reconnu le danger et l'infidélité de leur action que je me suis décidé à employer la suture entortillée pour guérir les plaies du sein.

(1) Cette femme est morte au bout de 2 ans d'une récidive de sa maladie dans la peau de la cicatrice et de ses environs, ainsi que dans les deux poumons qui étaient devenus l'un et l'autre adhérens à la poitrine dans toute leur étendue et qui étaient farcis de tubercules squirrheux crus et ramollis.

Ve Obs. — Squirrhe du sein gauche. Masse squirrheuse envahissant la moitié supérieure de la glande; trois ou quatre tubercules squirrheux isolés dans sa partie inférieure. Ablation des tumeurs avec toute la glande mammaire, ainsi qu'avec un prolongement fibro-squirrheux se dirigeant vers l'aisselle. Réunion de plaie par la suture entortillée. Epanchement séro-sanguin dans la plaie. Ouverture de la cicatrice en deux points isolés. Suppuration de la plaie, clapiers. Guérison en trois semaines.

Madame C... B... de Ham petite femme brune est issue d'un père maintenant octogénaire et bien portant, et d'une mère morte à l'âge de 36 ans d'une phthisie pulmonaire, après avoir eu douze enfans dont madame B. fut le dernier. Sa mère mourut quatre ans après sa naissance, mais elle ne l'avait point nourrie. Réglée à 15 ans madame B... n'a jamais été malade, si ce n'est qu'elle était sujette à des migraines au commencement et à la fin des règles. A 26 ans madame B. devint enceinte et elle accoucha heureusement d'une fille bien portante qu'elle ne nourrit point. La suppression de la sécrétion du lait n'eut aucune suite fâcheuse et madame B., se rétablit parfaitement des suites de sa couche.

A l'âge de 43 ans madame B.... eut des pertes rouges, la menstruation commença donc alors à se déranger, mais les migraines disparurent. A l'âge de 44 ans madame B., en tirant une chaise à elle, se donna un coup violent dans le milieu du sein gauche, elle y ressentit de suite une grande douleur qui, après avoir duré environ une heure à l'état d'acuité, se calma pour revenir à des intervalles éloignés les jours d'ensuite. Madame B. ne parla de cet accident à personne.

Un an après, il existait au sein gauche un engorgement qui n'avait été combattu par aucun moyen de traitement et qui était gros comme un œuf de poule. Madame B. fut

alors confiée aux soins de M. Richard médecin à Noyon : c'était en mai 1843. On frictionna le sein avec la pommade d'iodure de plomb et madame B. prit des pilules fondantes dont la ciguë faisait la base. On substitua plus tard les emplâtres de ciguë et les cataplasmes de farines résolutives à la pommade; on associa les purgatifs drastiques à la ciguë, et on ajouta ensuite à cela l'usage de la tisane de houblon avec le sirop de gentiane, le tout sans succès aucun. Dans le cours de ce traitement, survint une névralgie faciale à type intermittent : une saignée du bras, un vomitif avec l'ipécacuanha ; un purgatif, et après cela l'usage du sulfate de quinine triomphèrent de cette complication : mais la tumeur du sein était toujours là, faisant des progrès continuels ; la malade maigrissait, son teint devenait terne, pâle, jaune, et les forces s'en allaient.

Madame B. se décida alors à venir me consulter après 11 mois de traitement et 18 mois de maladie : c'était le 16 janvier 1844.

Elle portait à la partie supérieure du sein gauche une tumeur sans bosselures ni saillies extérieures appréciables, mais très compacte, très dure et résistant à la pression des doigts; elle était ellipsoïde, un peu moindre que le volume du poing; son grand diamètre, placé horizontalement, occupait toute la moitié supérieure du sein et s'étendait jusqu'au mamelon qui n'était point encore rétracté et ne paraissait lui adhérer que très lâchement; mais la peau quoique ayant conservé son intégrité et sa couleur normale partout, commençait à adhérer à la tumeur, et ces adhérences se décelaient à la vue par le froncement du derme dans l'étendue d'environ 1 centimètre carré, quand on faisait mouvoir la tumeur en la poussant d'un côté à l'autre ou de haut en bas.

Les adhérences de la tumeur à la poitrine étaient plus considérables, car les mouvemens que je lui imprimais étaient très limités et dus uniquement à ce qu'en la mouvant je pouvais allonger les fibres du muscle grand pectoral en les tiraillant; j'en conclus que toute la face pectorale de la tumeur adhérait aux muscles intimement. Il n'existait pas de traces apparentes d'un engorgement des ganglions de l'aisselle, mais la tumeur était le siége de douleurs lancinantes. Je conseillai l'opération; madame B... s'y décida de suite et je la pratiquai le 18 janvier 1844, avec l'assistance de M. Boulogne, médecin adjoint des hôpitaux de Noyon, et de M. Lequeux, ancien pharmacien.

Je circonscrivis la tumeur avec la peau qui la recouvrait par deux incisions elliptiques, dont une extrémité arrivait au bord externe du sternum, et l'autre au bord antérieur de l'aisselle, de manière à ce que le grand diamètre de cette plaie se trouvât parallèle à la direction des fibres du muscle grand pectoral, et j'eus le soin de comprendre dans l'ellipse de la plaie le mamelon avec son aréole. Je disséquai ensuite la tumeur en coupant dans les tissus sains, et j'enlevai avec elle une portion du muscle grand pectoral qui lui adhérait, ainsi qu'une expansion fibreuse se dirigeant vers l'aisselle. Quand j'eus enlevé cette tumeur, il restait environ le tiers ou la moitié inférieure de la glande mammaire, qui, en l'examinant à l'extérieur, nous avait paru saine; mais une fois qu'elle fût mise à découvert, il nous fut facile d'y reconnaître l'existence de plusieurs tubercules squirrheux, et comme l'un de ces tubercules apparaissait à la vue je le saisis avec une érigne, et je l'enlevai pour l'examiner, afin de juger mieux de sa nature et d'éclairer mon diagnostic; je fendis ce tubercule après l'avoir enlevé, et je

reconnus qu'il était squirrheux; cela me décida à enlever la partie inférieure de la glande mammaire dans son entier, mais je pus conserver la portion de peau qui la recouvrait; je suivis pour la dissection, comme pour la partie supérieure du mal, l'expansion fibreuse qui le terminait jusque dans le bas de l'aisselle, et je crus avoir ainsi enlevé tout ce qui était malade ou menaçait de le devenir.

Après avoir tordu deux ou trois artères, je laissai la plaie exposée à l'air pendant environ dix ou quinze minutes, puis je la réunis par la suture entortillée au moyen de onze épingles. Je rognai les pointes des épingles, puis j'appliquai sur la suture et sur ses environs des plumasseaux et des compresses soutenues par un bandage de corps muni d'un scapulaire fortement serré, et le bras du côté opéré fut mis en écharpe.

Après l'opération la malade toussa beaucoup, et elle me dit alors qu'elle avait eu la fièvre toute la nuit, qu'elle toussait déjà depuis plusieurs jours, et elle me demanda si cela ne ferait rien pour les suites de l'opération, en ajoutant qu'elle ne m'en avait point prévenu plus tôt, tant elle avait hâte d'être opérée, parce qu'elle avait craint que cela ne me fît retarder l'opération. La grippe régnait alors à Noyon, je prescrivis des boissons adoucissantes, un julep avec sirop de morphine 32 grammes, et dans la soirée je trouvai la malade avec la fièvre ; la nuit elle eut un peu de délire, des rêvasseries, et elle ne put pas dormir; les urines étaient rares, ardentes, rouges et sédimenteuses ; la toux était fréquente et fatigante. Le lendemain, 19 février, je fis ajouter aux boissons la tisane de chiendent et de pommes de reinette, on donna des lavemens d'eau de son, et l'on continua le julep avec la morphine.

Jusqu'au 21 février ces accidens persistèrent, mais alors ils

commencèrent à diminuer. Continuation des mêmes moyens de traitement. Ce jour-là, j'enlevai les épingles de la suture, 72 heures après leur application; l'appareil était resté sec, mais l'ecchymose, indice d'une guérison sans collection intérieure, n'existait que faiblement à chacune des extrémités de la plaie, et il y avait sous la peau du bas de la cicatrice une fluctuation évidente. J'annonçai que la plaie se rouvrirait l'un des jours d'ensuite pour donner issue à la matière de l'épanchement, mais qu'elle ne s'ouvrirait que dans un espace très limité, et tout juste pour laisser écouler le liquide sans se désunir dans son entier. Le lendemain 22, j'enlevai les fils de la suture et la cicatrisation de la plaie était parfaite; le surlendemain 23, je trouvai à ma visite du matin tout l'appareil souillé; la plaie s'était ouverte, ainsi que je l'avais annoncé, dans l'étendue d'un centimètre, et elle donait issue à un fluide séro-sanguin purulent qui formait clapier vers l'aisselle, en dehors et à la partie inférieure de la région mammaire, au-dessous et en bas de la cicatrice; j'évacuai tout ce que contenait la plaie, et je remarquai que cette matière n'était que fade sans avoir l'odeur du pus altéré par le contact de l'air. Il sortit bien 100 ou 125 grammes de ce clapier pendant le pansement : je fis une compression aussi exacte que possible au moyen de boulettes et de tampons de charpie posés sur tous les points où le pus pouvait séjourner, j'appliquai par dessus des compresses longuettes, et je serrai le bandage de corps autant que la malade put l'endurer.

La fièvre, qui avait duré jusque-là, avait complétement disparu, et la malade me demanda à manger; je lui prescrivis du bouillon de poulet, et dès le 24 je lui laissai manger de la soupe.

Les 25, 26 et 27, la plaie resta dans le même état, et elle fournit toujours une matière purulente à odeur fade, mais dans laquelle les élémens constitutifs du pus parurent pourtant dominer ; comme les bords de la cicatrice me paraissaient souffrir des tiraillemens, je me décidai à les tenir rapprochés au moyen de bandelettes de sparadrap préparé avec l'emplâtre de Minium.

Le 28, la suppuration a beaucoup diminué, et les parois du foyer qui la fournissaient paraissent se recoller, les bandelettes, qui suffisent pour remplir le but, ont produit un très bon effet.

Le 29, en pressant la région mammaire au-dessous de la cicatrice et à son côté interne, je suis très surpris de voir un nouveau foyer purulent se faire jour auprès de l'angle interne de la cicatrice qu'il n'ouvre que dans l'étendue d'environ 5 millimètres; de ce nouveau foyer sortent 90 à 100 grammes de pus; et bien évidemment ce foyer ne communiquait pas avec l'autre dont il était sans aucun doute séparé par une cloison solidement organisée, puisque la matière qu'il contenait a été obligée de se faire jour ailleurs que par l'ancienne ouverture.

Les 30 et 31 janvier, les deux foyers ne sécrètent presque plus rien, je panse néanmoins comme d'habitude en comprimant et en employant les bandelettes. La malade mange déjà depuis plusieurs jours, elle a repris du teint et de la gaîté, la toux a complétement disparu, elle dort bien, et toutes ses fonctions se font régulièrement.

Le 1er février, le foyer, ouvert en dernier lieu, ne donne plus rien, et la cicatrice qui s'était rouverte s'est refermée su lui, cependant il existe un peu de tension et de douleur sous elle ; il n'y a pourtant plus que l'ancien foyer qui donne encore un

peu de sérosité jaunâtre. Je continue la compression et l'emploi des bandelettes.

Le 2 février le foyer sternal s'est rouvert pour donner issue à un peu de suppuration, de sorte que les deux foyers donnent du pus en même temps; le pourtour de la cicatrice est rouge, et les deux foyers me paraissent communiquer maintenant ensemble, car je fais sortir du pus de l'un en pressant sur l'autre. Je crois m'apercevoir que la malade mange trop, et je lui recommande de ne manger qu'une soupe et quelques fruits cuits dans la journée. Même pansement.

Effectivement les jours d'ensuite, après une alimentation moindre, les choses vont beaucoup mieux. Le foyer axillaire ne donne plus rien, et le 4 février la partie de la cicatrice rouverte qui constituait son orifice s'est fermée.

Ce jour-là, la malade me fait remarquer que l'épiderme de la main de l'avant-bras et du bras gauche s'en va par plaques et par petites squames, comme cela a lieu après la scarlatine. C'est la première fois que j'observe ce phènomène à la suite de l'amputation du sein; mais je remarque de plus que tout le membre thoracique du côté opéré n'offre qu'un volume très petit relativement à l'autre, et la disproportion est telle qu'elle ne peut pas s'expliquer par la prédominance de développement et de force du côté droit sur le côté gauche, tellement que je crois qu'il faut regarder cet amoindrissement du membre comme un effet pathologique.

Le 5 février, le foyer sternal ne donnait plus qu'un peu de sérosité claire et jaunâtre, qui se tarit à deux ou trois jours de là. J'appliquai un vésicatoire au bras droit.

Le 15 février, la malade a eu depuis trois ou quatre jours régulièrement un accès de fièvre quotidienne, durant depuis midi jusqu'à six heures du soir; 6 décigrammes de sulfate

de quinine, pris en deux jours font disparaître la fièvre.

Dans le mois de mai 1844 je fis supprimer le vésicatoire du bras, et je le remplaçai par un cautère à la jambe. Maintenant (janvier 1845) la santé générale est bonne, mais il s'est formé dans le creux de l'aisselle, du côté opéré, un petit engorgement dur qui ne me laisse pas sans inquiétude pour l'avenir.

VI[e] Obs. — Squirrhe du sein gauche non ulcéré; commencement d'engorgement des ganglions axillaires. Amputation de la tumeur sans toucher aux ganglions axillaires. Réunion de la plaie par la suture entortillée, cicatrisation complète au bout de trois jours. La plaie se rouvre huit jours après, pour donner issue à un peu de lymphe et de sang noir pendant cinq ou six jours. Cicatrisation définitive de la plaie trois semaines après l'opération. Apparence de disparition de l'engorgement axillaire et de guérison.

Marie-Élisabeth-Ursule Debuire, demeurant à Cus, près Noyon, mariée, sans enfans, âgée de 47 ans, non réglée depuis deux ans et six mois, femme grêle, maigre, à cheveux châtains, ayant eu beaucoup de chagrins domestiques, mais pourtant encore bien portante, vint me consulter le 11 mars 1843 pour une tumeur qu'elle portait au sein gauche, et de l'existence de laquelle elle s'était aperçue seulement depuis 18 mois. La tumeur occupait la partie moyenne et inférieure du sein; elle était très pesante, et elle entraînait par son poids le sein gauche beaucoup plus bas que l'autre, en lui donnant l'aspect d'un sac dans lequel il y aurait une pierre; elle était irrégulière, grosse comme le poing, et la malade y ressentait des picotemens et des élancemens qui avaient augmenté au fur et à mesure que la tumeur s'était développée.

Le mamelon était rétracté, et la peau de la partie inférieure du sein s'était déjà attachée à la tumeur.

Les ganglions de l'aisselle du côté malade commençaient à s'engorger; mais cet engorgement existait sans connexion directe apparente avec la tumeur du sein.

Je jugeai la maladie comme étant un squirrhe, et je proposai l'opération à la malade ; elle y consentit, et dès le lendemain elle entra à cet effet à l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Le 13 mars, assisté de M. Boulogne, médecin adjoint de l'établissement, je circonscrivis la tumeur entre deux incisions courbes dirigées dans le sens de son plus grand diamètre, c'est-à-dire transversalement, je la disséquai en ayant le soin de couper toujours dans les parties saines, et je l'enlevai. Une seule artère donna du sang assez abondamment pour m'obliger à m'occuper d'elle, et je la saisis avec une pince à torsion que je laissai fermée sur elle. La tumeur ayant été enlevée, j'abstergeai la plaie avec une éponge imbibé d'eau froide, je détachai la pince qui était restée fermée sur l'artère, après avoir eu le soin de la tordre. Je laissai ensuite la plaie exposée à l'air pendant douze ou quinze minutes, en la nettoyant à diverses reprises avec une éponge imbibée d'eau froide ; puis, au bout de ce temps, je la réunis au moyen de la suture entortillée en suivant les indications que j'ai établies, et j'employai à cet effet quatorze épingles. J'appliquai ensuite par dessus la suture des plumasseaux, des compresses et un bandage de corps convenablement serré.

Je ne touchai point aux ganglions axillaires, qui pourtant formaient une saillie avec relief sensible dans le creux de l'aisselle, surtout quand le bras de la malade était relevé sur la tête perpendiculairement au reste du corps, et je me décidai à en agir ainsi, parce que jusque-là je n'avais eu qu'à me repentir d'avoir extirpé les ganglions axillaires engorgés

dans tous les cas de cancers du sein que j'avais opérés. Mais pourtant je dois dire qu'ici les ganglions axillaires n'offraient pas un grand développement, et que l'on pouvait peut-être conserver quelques doutes sur la nature de leur état.

Le 16 mars, soixante-douze heures après l'opération, j'enlevai les épingles de la suture; les fils étant encore adhérens, je les laissai à demeure en les recouvrant de plumasseaux garnis de cérat.

Je remarquai que les environs de la plaie, bien qu'ecchymosés l'étaient pourtant à un degré moindre que dans les cas où la réunion de la plaie est et doit rester parfaite.

Les jours suivans j'enlevai le fil de la suture. Au bout de huit jours la cicatrice de la peau s'ouvrit dans l'étendue d'environ un centimètre pour donner issue à un fluide séro-sanguin inodore et peu abondant.

Deux ou trois jours après l'écoulement de cette sérosité, la nature du liquide qui sortait de la plaie changea, et en pressant sur les environs, j'exprimais du sang noirâtre, fluide et altéré comme l'est celui que dégorgent les sangsues quelques jours après qu'elles ont servi.

Je pensai que cet écoulement était le résultat d'un épanchement sanguin, d'une véritable hémorrhagie qui s'était effectuée dans l'intérieur de la plaie, et qui provenait présumablement de l'artère que je m'étais contenté de pincer et de tordre. Cet écoulement persista environ huit jours, durant lesquels je remarquai sous la cicatrice et au niveau de l'endroit où elle s'était ouverte, un engorgement constitué sans doute par un caillot de sang, ayant l'apparence d'un noyau qui, après avoir été assez dur, finit par se ramollir; il avait presque entièrement disparu à l'époque où la malade

quitta l'Hôtel-Dieu, trente jours environ après l'opération.

Toutefois la plaie s'était refermée long-temps avant la sortie de la malade, et je ne laissai cette femme un mois à l'hôpital que pour lui faire reprendre des forces en la laissant profiter de la nourriture de l'établissement qui est de beaucoup supérieure en qualité à celle dont les habitans de la campagne font usage. On lui appliqua un cautère à demeure au bras droit, et on la purgea avant son départ.

Le 13 avril, je fis venir cette femme chez moi pour m'assurer de son état, et je remarquai avec autant de surprise que de joie qu'il ne restait plus de trace apparente de l'engorgement axillaire, et que quand la malade plaçait son bras sur sa tête, on ne voyait dans l'aisselle aucune saillie formée par les ganglions. Pourtant la tumeur du sein était bien un squirrhe, et un squirrhe déjà ramolli dans plusieurs endroits où il existait des vacuoles aréolaires remplies de matière squirrheuse diffluente, et il n'y avait pas le moindre doute à établir sur cela. Mais l'engorgement axillaire était-il squirrheux ou ne l'était-il pas? Les ganglions axillaires sans être altérés dans leur texture étaient-ils simplement engorgés par le séjour qu'avait dû y faire la matière squirrheuse ramollie, absorbée et portée là par les vaisseaux lymphatiques du sein, ainsi que je l'ai déjà observé? Ou bien n'existait-il ici qu'un simple engorgement sympathique, comme l'ont admis quelques auteurs (M. Roux et Lisfranc en particulier). Je n'oserais pas me prononcer sur cela, et j'avouerai que pour moi ce sont là des questions plus faciles à poser qu'à résoudre.

Toutefois je dois dire que ce qui s'est passé chez la femme Debuire me parut alors devoir favoriser singulièrement l'opinion des chirurgiens qui pensent que, même dans les affections malignes du sein, l'engorgement des ganglions axillaires

peut ne point participer à la mauvaise nature du mal primitif, n'être enfin qu'un simple engorgement par irritation, et partant, pouvoir guérir par résolution, après l'ablation pure et simple du cancer du sein. Au surplus, je m'expliquerai plus longuement à ce sujet dans un autre travail.

La cicatrice de la plaie résultant de l'opération chez la femme Debuire, après sa guérison, était linéaire, excepté dans le point où elle s'était ouverte pour donner issue aux fluides épanchés sous elle, et elle formait là un petit entonnoir. Cette cicatrice avait de 13 à 14 centimètres de longueur.

J'avais recommandé à cette femme, quand elle a quitté l'Hôtel-Dieu, d'entretenir soigneusement le cautère du bras droit et de se purger tous les mois; mais tout cela a été inutile. La guérison de cette femme et la disparition de l'engorgement axillaire n'ont été qu'apparentes et nullement réelles, car moins d'un an après l'opération, il y eut une récidive du mal sous la cicatrice aussi bien que dans l'aisselle; les ganglions du col lui-même s'engorgèrent, le bras du côté malade s'œdématia et cette malheureuse femme ne tarda pas à mourir par suite des accidens ordinaires qui terminent si souvent la vie des femmes dans ces sortes de maladies.

VII[e] Obs. — Tumeur squirrheuse occupant toute la glande mammaire gauche et compliquée de l'existence d'un kyste. Engorgement des ganglions axillaires dans lesquels se trouve également une cavité kystoïde. Ablation de toute la masse squirrheuse et des ganglions axillaires; perte de substance considérable, et nonobstant, réunion de la plaie qui s'étend du sternum au sommet de l'aisselle par la suture entortillée. La plaie s'ouvre avant la levée du premier appareil pour donner issue aux fluides trop abondans qu'elle fournit; cicatrisation définitive, malgré cela, au bout de trois semaines. Guérison temporaire. Mort par récidive du squirrhe au bout d'un an.

Le vendredi 22 octobre 1841, je fus consulté par ma-

dame Hubert de Genlis, femme de 58 ans, à teint frais et coloré, à visage animé, grande, forte, bien portante et très grasse, pour une tumeur volumineuse qu'elle portait au sein gauche, et qui était compliquée d'engorgement axillaire. Cette tumeur offrait à la vue et au toucher toutes les apparences du squirrhe, et les élancemens dont elle était le siége annonçaient évidemment que la maladie était déjà avancée. La peau commençait à s'ulcérer dans trois ou quatre endroits différens où le squirrhe formait des tubercules qui l'avaient usée et enflammée; mais on ne reconnaissait aucun indice de fluctuation dans la tumeur du sein ni dans l'engorgement de l'aisselle. La tumeur du sein commençait à s'attacher à la poitrine, et je jugeai cela facilement au peu d'étendue de sa mobilité; l'engorgement axillaire était limité et assez mobile pour permettre son extirpation. La santé générale de madame Hubert était excellente, elle n'avait jamais été malade, sauf quelques catarrhes pulmonaires aigus, à la suite desquels il lui était resté une petite toux habituelle accompagnée d'expectoration chaque matin. Comme il n'y avait pas d'autre remède que l'opération à employer contre les tumeurs qu'elle portait au sein et à l'aisselle, je proposai ce moyen à madame Hubert, et elle l'accepta. Je pratiquai donc cette opération le lundi suivant 25 octobre 1841, avec l'assistance de M. le docteur Richard de Chauny, médecin habituel de la malade.

Je circonscrivis le sein malade par deux incisions courbes et horizontales dont une extrémité touchait au sternum et l'autre arrivait au niveau de la base du creux axillaire. J'enlevai toute la masse comprise entre mes deux incisions, et je la détachai de la poitrine en coupant une portion des fibres du muscle grand pectoral auquel elle adhérait, je fis alors

partir de l'angle externe de la plaie primitive une incision qui s'étendait jusqu'au sommet de l'aisselle. Je voulus me servir ensuite de la tumeur comme d'un guide en faisant tirer modérément sur elle pour me diriger dans l'extirpation des ganglions malades, mais cela ne m'aida en rien parce qu'il n'y avait sans doute pas ici de prolongement squirrheux organisé entre le sein et les ganglions.

J'enlevai néanmoins ces ganglions avec tous les tissus qui se trouvaient entre eux et la tumeur du sein. Quand cela fut fait et que j'examinai cette plaie, je fus effrayé de son étendue et de sa profondeur, car ses deux lèvres s'étant rétractées, l'une touchait à la clavicule et l'autre arrivait sur l'abdomen, de telle sorte que toute la partie antérieure et une portion du côté gauche de la poitrine se trouvaient à découvert.

La malade étant très grasse, ainsi que je l'ai dit, les lèvres de cette vaste solution de continuité avaient une grande épaisseur à cause de l'abondance du tissu graisseux, et cela donnait d'autant plus de profondeur à la plaie. Alors mon premier soin fut de rapprocher les lèvres de la plaie l'une de l'autre pour savoir de suite si je pourrais la réunir, et je reconnus avec joie qu'elles pouvaient s'affronter partout.

Je laissai ensuite saigner cette plaie pendant environ quinze ou vingt minutes en appliquant sur elle des éponges imbibées d'eau froide, et en l'abstergeant ensuite toutes les fois qu'il s'y formait des caillots. Je ne fus obligé de faire qu'une seule ligature et je coupai les fils tout près du nœud pour pouvoir réunir la plaie sans y laisser rien qui pût donner aucun accès à l'air. Je procédai ensuite à l'application de la suture entortillée, et je la fis dans toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire depuis le sternum jusqu'au sommet du creux axillaire, et j'employai à cela 26 épingles.

La suture fut ensuite recouverte avec des plumasseaux garnis de cérat, des compresses, et le tout fut maintenu par un bandage de corps.

La tumeur principale pesait 750 grammes, elle était squirrheuse, et elle avait subi un commencement de ramollissement dans plusieurs endroits où la matière squirrheuse diffluente était contenue dans des vacuoles dont il était facile de la faire sortir par une légère pression.

La grosseur de cette tumeur pouvait être comparée à celle des deux poings d'un homme adulte. Un kyste à parois fibreuses dégénérées et pourtant encore reconnaissables, existait dans l'intérieur de la tumeur, et il contenait un liquide rosé, transparent, gélatineux, et de la consistance de ces gelées au kirsch et au rhum, préparées à l'ichthyocolle que l'on sert sur les tables des gourmands. Ce liquide était contenu comme le corps vitré de l'œil dans une enveloppe secondaire, mince et aussi transparente que la membrane hyaloïde, et cette membrane était parcourue par des veinules qui s'arborissaient dans son intérieur et se réunissaient à un tronc commun de la grosseur d'une petite plume de corbeau. Le volume du kyste était aussi considérable que celui d'un œuf de poule.

Le paquet de ganglions axillaires extirpés avec la tumeur du sein avait lui-même subi une dégénération complète; il était gros comme une forte noix revêtue de sa drupe, et il contenait vers son milieu une petite cavité qui renfermait une matière claire et visqueuse, comme l'est ordinairement la lymphe des ganglions. Cette sorte de kyste pouvait loger l'extrémité du doigt auriculaire, ses parois n'étaient point fibreuses comme celle du kyste du sein, elles étaient forn ées de toutes parts par du tissu ganglionaire dégénéré, à la sur-

face duquel je ne pus reconnaître aucune enveloppe propre, aucune membrane kystique (mais la dégénération y était-elle complète? c'est ce que je n'oserais pas affirmer). Sans doute qu'une portion du liquide contenu dans ce kyste avait été résorbée, car la malade m'a assuré avant l'opération que l'engorgement axillaire avait été, un mois ou deux auparavant, bien plus considérable, et qu'il avait eu alors un volume double environ.

Cette dernière circonstance, je veux dire la diminution du volume de l'engorgement axillaire, ne peut être attribuée qu'à la résorption du liquide contenu dans la cavité développée au milieu de la masse squirrheuse, et elle prouve que les squirrhes peuvent diminuer de volume contrairement à l'opinion généralement adoptée, sans que pour cela on doive croire que l'on n'a point affaire à des tumeurs de mauvaise nature. On se serait donc trompé ici, si on avait jugé que l'engorgement de l'aisselle n'était point squirrheux en se fondant sur la diminution de son volume, et c'eût été une faute que de ne pas l'enlever.

L'opération ou plutôt le pansement de la malade ayant duré long-temps, l'application de l'eau froide sur la plaie et l'étendue de la plaie elle-même, ayant également produit un grand trouble dans l'économie, il se déclara de la fièvre, du frisson, et une toux violente le jour même de l'opération. M. le docteur Richard tira alors 3 palettes de sang du bras, et il mit la malade à l'usage des boissons pectorales.

Le lendemain de l'opération, 26 octobre, les accidens ayant augmenté, M. Richard renouvela la saignée du bras, et il prescrivit un julep avec le kermès minéral.

Le 27, un peu d'amélioration.

Le 28 octobre, trois jours révolus après l'opération, j'allai

voir la malade à Genlis, et chemin faisant, je demandai à M. Richard des nouvelles de la plaie; il m'apprit que jusqu'à la veille l'appareil était resté sec, mais en arrivant je le trouvai souillé et presque entièrement imbibé par la sérosité sanguine qui s'était écoulée de la plaie. Je vis bien par cela que la plaie s'était ouverte pour donner issue aux liquides épanchés dans son intérieur, et cet accident avait nécessairement eu lieu dans l'intervalle du deuxième au troisième jour après l'opération, puisque la veille M. Richard n'avait point encore remarqué que l'appareil fût sali. J'enlevai tous les objets de pansement les uns après les autres et avec précaution; je trouvai la plaie ouverte vers son milieu dans l'étendue d'environ 3 centimètres. J'enlevai les 26 épingles de la suture et les fils qui la recouvraient parce qu'ils étaient mouillés, et qu'ils venaient à la main à la moindre traction et sans tirailler la cicatrice en aucune façon; je recouvris ensuite la cicatrice et la plaie par des bandelettes de sparadrap préparé avec l'emplâtre de Minium (1) placées à cheval sur elle, de manière à éviter tout tiraillement; je recouvris en-

(1) M. le docteur Richard de Chauny a renoncé depuis longtemps à l'usage du sparadrap de Diachylon à cause des érysipèles qu'il provoque presque constamment, et il l'a remplacé par un autre sparadrap préparé avec l'emplâtre suivant:

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Huile d'olive | ℔ i | 1 livre (500 gram.). |
| Minium | ℥ viii | 8 onces (250 gram.). |
| Cire jaune | ℥ vi | 6 onces (185 gram.). |

J'emploie souvent le sparadrap préparé avec l'emplâtre de Minium depuis que M. Richard me l'a fait connaître, et je ne lui trouve pas d'autre inconvénient que celui de ne point être toujours assez agglutinatif; mais en revanche, il a l'immense avantage de ne jamais produire d'érysipèles, et de suffire dans le plus grand nombre des cas où l'on emploie les bandelettes de Diachylon ou de Vigo. Voici la manière de le préparer. On met les trois sub-

suite le tout de plumasseaux et de compresses longuettes, qui furent maintenues par un nouveau bandage de corps.

La malade ayant encore de la fièvre, de la toux, de l'oppression et des suffocations, je lui fis une troisième saignée du bras, et je tirai environ 4 palettes de sang. On continua l'usage des boissons pectorales.

Les jours suivans les accidens diminuèrent et ils finirent par disparaître. La plaie fut pansée tous les jours avec beaucoup de soin par M. le docteur Richard, et au bout de trois semaines la guérison de cette énorme plaie était définitive.

Quelques mois après l'opération, madame Hubert vint me voir, et la cicatrice qu'elle portait sur la poitrine avait alors l'aspect qu'on peut voir à la pl. IV. Mais malgré toutes les précautions possibles, ni la malade, ni moi ne purent jouir longtemps du succès de cette hardie et heureuse opération, car une récidive survint bientôt. Dès le 20 mars 1842, les deux extrémités de la cicatrice se trouvaient envahies chacune par de nouvelles tumeurs, le bras ne tarda pas alors à s'enfler; la malade se confia alors aux soins d'un charlatan, qui la traita sans succès par les caustiques, et elle mourut environ un an après la première opération, des suites de la récidive de sa maladie.

Dans l'observation qui précède, malgré l'étendue de la plaie résultant de l'ablation d'une tumeur qui pesait plus de

stances dosées, dans une bassine sur un bon feu. Il faut remuer le mélange avec une spatule jusqu'à ce que l'emplâtre devienne noir, le retirer alors du feu et le remuer encore jusqu'à ce qu'il devienne fort épais. On forme ensuite des magdaléons que l'on conserve pour l'usage, en roulant cet emplâtre sur un marbre mouillé avec de l'eau froide. On se sert ensuite de cet emplâtre en le faisant étendre sur des morceaux de toile comme pour les sparadraps de Vigo et de Diachylon. Pour que ce sparadrap soit agglutinatif, il faut qu'il soit récent.

750 grammes, et conséquemment malgré une perte de substance considérable, je pus facilement affronter les lèvres de la plaie et la réunir par la suture dans toute son étendue, parce que j'avais affaire à un sujet pourvu de beaucoup d'embonpoint; mais on verra par l'observation suivante qu'il ne peut pas en être de même chez les sujets maigres; car chez la femme Brudaine, il m'a été impossible de réunir la plaie partout, quoique la perte de substance fût plus de moitié moindre que chez madame Hubert, et cela uniquement parce que le sujet était très maigre au lieu d'être très gras.

VIII[e] Obs. — Squirrhe du sein gauche. Engorgement des ganglions axillaires. Amputation du sein et extirpation des ganglions. Réunion de la plaie par la suture entortillée, excepté à son milieu dans l'étendue de 5 à 6 centimètres où l'affrontement de ses lèvres n'était pas possible. Séjour intempestif des épingles dans la plaie 96 heures au lieu de 72 heures, suppuration obligée à l'angle axillaire de la plaie, et malgré cela guérison immédiate de la moitié de la plaie par première intention, guérison du reste de la plaie au bout de quarante jours. Récidive de la maladie et mort avant la fin de la première année qui a suivi l'opération.

Eléonore Dupuis, femme Brudaine, âgée de 43 ans, demeurant à Flavy-le-Martel (Aisne), entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon, le 24 novembre 1841. Cette femme encore bien réglée, grande, brune, maigre à teint pâle, à visage terne et comme sans vie, à mamelles peu développées et sans tissu adipeux, ayant eu, il y a six ans, un enfant qu'elle a nourri elle-même, portait au sein gauche depuis six mois seulement (à ce qu'elle assurait), un engorgement occupant toute la glande mammaire. Cet engorgement qui s'était développé sans cause connue était dur et inégal, mais régulier et lisse dans ses irrégularités, et il donnait au sein malade un volume double de

celui de l'autre sein; le mamelon était rétracté, la tumeur était encore mobile sur la poitrine, mais cette mobilité était limitée, comme toutes les fois qu'il y a des adhérences avec le muscle grand pectoral, et elle était devenue depuis six semaines le siége de douleurs lancinantes. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle du côté malade étaient engorgés, et ils formaient une tumeur jouissant en apparence d'assez de mobilité pour en permettre l'extirpation ; cependant l'engorgement ne me paraissait pas constitué par la dégénération pure et simple des ganglions, car il n'était pas exactement limité, en bas surtout, et lorsque je le fis mouvoir en masse en le saisissant avec les doigts, je reconnus l'existence de prolongemens qui le bridaient du côté du sein et qui me firent diagnostiquer l'existence d'un tissu squirrho-lamelleux organisé entre le sein et les ganglions.

L'engorgement ganglionaire pouvait être déplacé avec assez de facilité en avant, en arrière et en bas, de sorte que je pensai que l'existence du tissu squirrho-lamelleux ne se prolongeait point vers le plexus axillaire, non plus qu'en avant, ni en arrière du creux axillaire.

Cette dernière circonstance, je veux dire la probabilité de la non-existence du tissu squirrheux tant vers le plexus axillaire que vers les parois antérieure et postérieure de la poitrine me parut décisive, et je résolus de pratiquer l'opération que la malade réclamait d'ailleurs instamment.

Le lendemain 25 novembre 1841, cette opération fut faite en présence de M. Douvillé, médecin de la malade, et de M. Boulogne, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Noyon. Je circonscrivis le sein par deux incisions elliptiques dirigées obliquement vers l'aisselle.

Après avoir détaché la tumeur des parois de la poitrine

en coupant l'aponévrose et quelques fibres du muscle grand pectoral qui lui adhérait, je laissai intacte toute l'expansion squirrheuse qui se dirigeait du sein vers l'aisselle. Je fis alors élever le bras de la malade par un aide, et je pratiquai dans l'aisselle une incision qui s'étendait du sommet du creux axillaire jusqu'à la plaie de la poitrine. Je disséquai alors avec soin l'expansion squirrheuse et le paquet des ganglions malades, en les séparant de toutes parts des tissus sains dans lesquels je faisais agir les instrumens, afin de ne laisser dans la plaie aucun germe de reproduction du mal. Cette dissection étant terminée, je coupai d'un coup de bistouri le pédicule qui restait en haut au-dessus de la masse ganglionaire et qui l'unissait au sommet de l'aisselle; ce pédicule était formé de tissus d'apparence saine, et jusque-là j'étais satisfait de mon opération; mais quand je parcourus avec l'extrémité du doigt indicateur le creux axillaire, pour m'assurer si j'avais enlevé tout ce qui était malade, je fus douloureusement surpris de trouver en arrière de la masse que j'avais enlevée, deux autres engorgemens composés chacun de plusieurs ganglions qui s'étendaient en avant de l'omoplate et en haut, vers la partie postérieure du plexus axillaire.

Le tissu cellulo-fibreux qui unissait ces deux engorgemens aux muscles de l'épaule et au plexus axillaire me parut ne point être encore dégénéré, et j'espérais pouvoir arracher avec les doigts ces deux engorgemens, en détruisant leurs attaches avec les ongles; mais je ne pus point en venir à bout, et j'occasionnai par cette manœuvre des douleurs considérables à la malade. Je me décidai alors à séparer par en bas et sur les côtés les deux engorgemens, en employant alternativement les ciseaux et le bistouri, puis j'appliquai sur chacun de leurs pédicules une ligature de fil ciré dont je

laissai pendre les deux bouts dans la plaie. Je réunis ensuite les lèvres de la plaie qui n'avait pas moins de 28 à 30 centimètres de longueur partout où je pus les affronter, au moyen de la suture entortillée, et il n'y eut guère qu'un intervalle de 5 à 6 centimètres sur la poitrine, à l'endroit correspondant à la partie la plus large du squirrhe, que je laissai sans moyen de contention. Les deux ligatures pendaient dans le haut de l'aisselle où j'avais laissé à la plaie une ouverture de 2 à 3 centimètres, et ces ligatures, furent enveloppées dans une petite compresse. Je pansai du reste à plat, avec des plumasseaux garnis de cérat, des gâteaux de charpie, des compresses longuettes, et un bandage de corps muni d'un scapulaire. Je n'avais été obligé de lier ni de tordre aucun vaisseau.

L'examen que je fis de la tumeur après son ablation ne me laissa aucun doute sur sa nature ; c'était un squirrhe ramolli dans plusieurs endroits où la matière squirrheuse devenue diffluente, était contenue dans des vacuoles dont on la faisait sortir par la pression.

Les ganglions axillaires extirpés étaient également squirrheux.

La malade avait supporté courageusement l'opération, mais elle était exténuée par la douleur ; je lui fis donner une potion composée de 15 centigrammes d'extrait aq. d'opium dans 6 onces 180 grammes de véhicule à prendre par cuillerées, de la limonade pour calmer la soif, et de l'eau d'orge.

Le soir il y eut un peu de fièvre.

Le lendemain de l'opération, 26 novembre, la fièvre était modérée, j'enlevai les plumasseaux qui garnissaient l'aisselle, je saisis l'un après l'autre, de la main gauche, les fils des ligatures, et j'introduisis dans la plaie l'indicateur de la main

droite avec lequel je détruisis les adhérences que les deux engorgemens ganglionaires avaient déjà contracté avec les parties environnantes, puis j'appliquai deux serre-nœuds dans l'aisselle, un sur chaque engorgement.

Le 27 novembre, la fièvre ayant redoublé, je fis faire une saignée du bras de 2 à 3 palettes, et les ligatures furent serrées matin et soir, à partir de ce jour-là.

Au bout de 5 jours une première ligature tomba avec le serre-nœud, et l'autre se détacha au bout de 8 jours. Dans cet intervalle de temps, les engorgemens disparurent complétement et ils tombèrent en mortification.

Quant à la suture, j'enlevai les épingles au bout de 96 heures, et je regrettai beaucoup qu'on les eût laissées en place aussi long-temps. J'avais été obligé de m'absenter, et malgré la recommandation que j'avais faite à M. Boulogne d'enlever les épingles, dans toute l'étendue de la suture, le troisième jour de l'opération, il n'en avait rien fait, en pansant la malade à ma place. J'en fus très contrarié, parce que je trouvai toute la partie sternale de la plaie, enflammée et ulcérée sous les épingles. Aussi la réunion immédiate n'eut lieu que dans la moitié axillaire de la plaie. Quant à l'autre moitié, les lèvres de la plaie se désunirent dans toute son étendue, et il y eut une plaie suppurante de 15 à 16 centimètres de longueur et de 7 à 8 centimètres de largeur sur le devant de la poitrine. Dans le haut de l'aisselle la plaie n'avait que 2 à 3 centimètres d'étendue. Ces deux plaies ne fournirent jamais que des bourgeons de très bonne nature, et ce fut celle de l'aisselle qui se cicatrisa la première. Après un mois de séjour à l'Hôtel-Dieu la malade s'en retourna dans son pays le 24 décembre 1841. Elle était alors en très bon état, la plaie de l'aisselle était fermée depuis huit jours, et on ne sentait

aucune trace d'engorgement dans aucun point de cette région. La plaie du devant de la poitrine était réduite à 3 ou 4 centimètres de longueur sur environ 1 centimètre de largeur, et elle paraissait devoir se cicatriser très prochainement.

Avant que la malade ne quittât l'Hôtel-Dieu, je la fis purger et je lui fis appliquer au bras droit un vésicatoire en lui recommandant de l'entretenir soigneusement en suppuration. Je lui traçai un plan de conduite qui consistait à se purger tous les mois, à faire usage de lait et de laitage frais, à suivre un régime de vie doux et substantiel, en même temps, à prendre de l'extrait de ciguë journellement, et à porter le bras du côté malade en écharpe.

Le 5 janvier 1842, 40 jours après l'opération, la plaie de la poitrine était cicatrisée, la malade se croyait guérie, et alors elle était effectivement en très bon état. Mais cette apparence de succès ne se soutint pas long-temps, car dès le mois de mars suivant, des tubercules cancéreux se développèrent sous la cicatrice, ainsi que dans ses environs et jusque dans l'aisselle; la cachexie cancéreuse ne tarda pas à se déclarer, et la malade mourut dans le cours de l'été de cette même année 1842, moins d'un an après l'opération.

J'ai dit dans le cours de ce mémoire, que la suture ne réussissait pas chez les femmes maigres dont la poitrine se trouve dépourvue de tissu cellulaire graisseux, et chez lesquelles on a enlevé une tumeur volumineuse, parce que la peau n'étant point aussi extensible que chez les femmes grasses, les lèvres de la plaie ne peuvent s'affronter que très difficilement et en faisant souffrir à la peau des tiraillemens plus ou moins considérables. Il résulte de là que la circulation se fait mal dans les environs de la plaie, et que la gangrène ne tarde

pas à s'emparer de ses lèvres. Cet accident arrivera d'autant plus certainement que l'on aura cru devoir disséquer la peau pour pouvoir la réunir plus facilem ent.

Je regarde cette dissection comme une très mauvaise pratique, surtout chez les femmes maigres, et elle est, selon moi, le moyen le plus certain pour faire manquer à la suture son but. On concevra cela facilement, si l'on réfléchit qu'en disséquant ainsi la peau sur la poitrine on la prive de ses connexions vasculaires les plus importantes, et conséquemment de sa viabilité.

Voici un exemple de ce fait que je dois à l'obligeance de M. le docteur Morin d'Arvault (Deux-Sèvres).

IX^e^ Obs.— Femme Buzet, de Germand, canton de Saint-Jouin, âgée de 38 ans, portait depuis cinq à six ans une tumeur au sein gauche, et elle y ressentait de fréquens élancemens, surtout pendant la nuit. La glande mammaire paraissait saine en bas et en dehors, mais dans son tiers externe elle était dure, bosselée, adhérente à la peau, douloureuse au toucher, et c'était cette partie qui était le siége des douleurs lancinantes. L'aisselle était libre, la santé de la femme Buzet était bonne; elle était d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, mais elle était maigre.

L'opération ayant été résolue, M. le docteur Morin la pratiqua de la manière suivante. deux incisions courbes, réunies par leurs extrémités, circonscrivirent l'engorgement, qui fut disséqué et extirpé avec la portion des tégumens malades qui la recouvrait; les deux lèvres de la plaie furent disséquées et amincies par la dissection, tant pour ne rien laisser de malade sous elles que pour obtenir une réunion plus facile de la plaie, et la suture entortillée y fut pratiquée au moyen de cinq épingles, mais les épingles placées au

milieu de la plaie tiraillaient fortement la peau, précisément dans les points où elle avait été amince par la dissection, et comme on pouvait craindre la formation d'un foyer dans la partie inférieure de la plaie qui formait une sorte de cul-de-sac, on y établit une compression assez forte pour empêcher le sang de s'y accumuler, et pour maintenir les faces de la plaie en contact l'une avec l'autre. Du reste, cette plaie avait été pansée avec des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage de corps, après que l'on eut préalablement recouvert la suture avec de la charpie râpée.

Au premier pansement, il fut facile de reconnaître que la suture avait manqué son but, la réunion ne s'était faite qu'aux deux angles de la plaie, mais tout son milieu, c'est-à-dire tout ce qui correspondait aux portions de peau amincies et tiraillées par les épingles était gangréné. Néanmoins la guérison de cette plaie ne se fit point attendre long-temps, puisque au bout d'environ trois semaines la cicatrisation était complète.

Il peut arriver encore que la peau se gangrène par l'effet pur et simple du tiraillement opéré sur elle par les épingles, sans même qu'elle ait été amincie par la dissection, et sans qu'on l'ait par conséquent privée d'aucune connexion vasculaire importante. Jusqu'à présent je n'ai point observé d'exemple de gangrène de la peau, survenue dans cette dernière circonstance, au sein même, mais je l'ai vue dans d'autres parties du corps, et même dans les parties où la peau se trouvait abondamment pourvue de tissu cellulo-graisseux. J'ai observé cette particularité plusieurs fois, notamment à la partie postérieure du tronc. En voici un exemple.

X[e] Obs. — Dans l'automne de 1841, je fus consulté par un homme de 48 ans, Bachelet de Fresnière près Roye (Somme), pour un nævus dégénéré, de la grosseur d'un œuf de poule,

qu'il portait en arrière du tronc au niveau des premières vertèbres lombaires du côté gauche, et pour un engorgement des ganglions axillaires (du côté malade), de la grosseur d'un œuf de dinde.

Entre ces deux engorgemens il en existait d'autres plus petits qui marquaient le trajet de vaisseaux lympathiques allant d'une tumeur à l'autre. Un chirurgien de Roye, consulté avant moi, proposa au malade de lui enlever la tumeur qu'il portait au dos seulement sans toucher à celle de l'aisselle, sans doute parce qu'il jugeait cela plus facile que d'attaquer en même temps la maladie dans l'aisselle. Je fus d'avis qu'il fallait faire l'un et l'autre, c'est-à-dire enlever le mal du dos et celui de l'aisselle ainsi que tout le *tractus* lymphatique malade qui se trouvait entre les deux tumeurs, et cet homme y consentit. Je l'opérai donc, et je lui fis au tronc une plaie qui n'avait pas moins de 37 à 38 centimètres de longueur en s'étendant depuis la région lombaire jusqu'à l'aisselle. Je réunis cette longue plaie par le moyen de la suture entortillée, mais à sa partie inférieure, à l'endroit occupé primitivement par le nævus dégénéré, il me fut très difficile d'affronter les lèvres de la plaie, parce qu'il y avait eu la perte de substance et que la peau y était peu extensible; j'obtins cependant cet affrontement, mais avec un tiraillement très marqué des deux lèvres de la plaie.

Trois jours révolus (soixante-douze heures) après l'opération, quand j'enlevai les épingles, je remarquai que la gangrène avait envahi les lèvres de la plaie à la région lombaire aux endroits où les épingles avaient agi en la tiraillant. En conséquence de cela, la plaie se désunit, et là elle ne put guérir que par suppuration. Pourtant cette guérison ne se fit pas attendre plus de six semaines. Quant au reste de la plaie, qui

avait encore bien 30 centimètres de long, la guérison s'était effectuée par la réunion immédiate, et elle ne se démentit point pendant le cours du traitement (1).

Pour terminer ce travail il me reste à prouver que le traitement des plaies du sein par les bandelettes de sparadrap, de Vigo ou de Diachylon, ou bien par le pansement à plat est accompagné de graves inconvéniens et même de dangers, inconvéniens et dangers que l'on évite par la suture entortillée. Je vais donc rapporter quelques observations où l'on remarque les accidens les plus importans et les plus redoutables qui peuvent survenir après le traitement des plaies du sein par les anciens procédés, c'est-à-dire par le pansement à plat et par les agglutinatifs.

Quand le pansement à plat n'est mis en usage que pour des plaies de peu d'étendue, il n'a pas d'autre inconvénient que celui de retarder la guérison, mais c'est bien autre chose quand il s'agit de plaies considérables, car la mort en est ordinairement alors la suite. Ainsi je me rappelle le fait suivant.

XI^e^ Obs. — Pendant l'été de 1824 à l'époque où j'étais interne à la maison Royale de santé de Paris, il y eut dans le service de chirurgie une femme d'environ 50 ans qui vint

(1) Quelque satisfaisant qu'ait été de prime abord (malgré la suppuration d'une portion de la plaie) le résultat d'une opération aussi grave et aussi difficile que l'a été celle-ci, à cause de la position de la tumeur axillaire qui touchait aux vaisseaux, le succès ne fut pas de longue durée ; moins d'un an après l'opération, le malade devint idiot, strabique et paralysé, sans doute par suite du développement dans le cerveau ou ses membranes de la maladie qui avait guéri au dos à l'aisselle ainsi qu'au tronc, et il mourut.

se faire opérer d'un squirrhe volumineux non ulcéré qu'elle portait au sein gauche, sans complication d'engorgement axillaire. Cette femme avait beaucoup d'embonpoint et autant que je puisse me le rappeler on aurait pu réunir la plaie après l'ablation de la tumeur; mais alors ni moi ni d'autres ne pensaient à la suture entortillée.

Ce fut Ant. Dubois, mon maître, qui pratiqua l'opération. Après l'enlèvement de la tumeur qui comprenait la mamelle cancéreuse dans son entier et qui avait à peu de chose près le volume des deux poings, la plaie fut pansée à plat avec des plumasseaux garnis de cérat, des compresses et un bandage de corps. Il survint une fièvre violente une grande gêne de la respiration, du délire, et le troisième jour de l'opération à la levée du premier appareil, la plaie était sèche, blafarde et elle n'avait fourni que de la sérosité sanguinolente, dont la putréfaction, favorisée par la chaleur de la saison et la chaleur que dégageait le corps de la malade elle-même occasionnait une odeur infecte.

On continua à panser à plat les jours suivans et je ne me rappelle pas qu'on ait employé aucun autre moyen de traitement que la diète et des boissons tempérantes. La fièvre et la dypsnée augmentèrent, le délire continua, la plaie resta sèche et blafarde, sans fournir de suppuration et le 5<sup>e</sup> ou le 6<sup>e</sup> jour la malade mourut.

Je ne me rappelle pas avoir jamais réussi une seule fois à obtenir la réunion immédiate des plaies du sein, avec les bandelettes de Diachylon ou de Vigo, quoique pourtant je les aie toujours employées, pendant plus de quinze ans, et je ne crois pas que les autres chirurgiens aient été beaucoup plus heureux que moi sous se rapport. Il me paraît donc démontré qu'avec les bandelettes agglutinatives, on manque

précisément le but que l'on veut atteindre : c'est-à-dire que l'on n'arrive jamais ou presque jamais à réunir par première intention les plaies succédant aux opérations pratiquées sur le sein.

Je tiens de M. le docteur Saint-Yves, ancien chef de clinique du professeur Samson, que cet habile et consciencieux chirurgien, à la fin de sa carrière chirurgicale, était tellement convaincu de l'inutilité et du danger de l'emploi des bandelettes agglutinatives, qu'il avait totalement renoncé à s'en servir dans le traitement des plaies du sein, non-seulement dans son service à l'Hôtel-de-Dieu de Paris, mais encore en ville dans sa pratique particulière ; il préférait alors abandonner les plaies à elles-mêmes en les pansant à plat, parce qu'avec ce dernier mode de traitement il guérissait ses malades mieux et plus sûrement qu'avec les agglutinatifs.

Les plaies ne guérissent donc que par suppuration lorsqu'on a employé les bandelettes agglutinatives, et alors on n'est pas plus avancé que si l'on avait simplement pansé à plat, mais ce n'est pas le seul inconvénient qui résulte de l'emploi de ce moyen.

L'érysipèle est une suite fréquente de l'usage des bandelettes préparées avec les emplâtres de Diachylon ou de Vigo, employées pour réunir les plaies du sein. On a pu remarquer en lisant la IV[e] Observation que l'emplâtre de Vigo ne vaut pas mieux que le diachylon, et que, comme ce dernier, il expose à l'érysipèle lorsqu'on l'applique sur la peau.

Ordinairement l'érysipèle n'a pas de graves inconvéniens dans ces circonstances, mais il fait inutilement souffrir les opérés et il retarde leur guérison ; cependant l'érysipèle ne se borne pas toujours à produire des accidens bénins, et je

l'ai vu une fois, dans une circonstance que voici, mettre la vie d'un malade en danger.

Obs. XII. — Dans le cours du mois de janvier 1841, je fus consulté par madame Vaudin d'Ercheu (Somme) pour une tumeur du volume d'un œuf de poule qu'elle portait au sein droit et qui me paraissait être de mauvaise nature. Madame Vaudin avait plus de cinquante ans et quoique délicate elle avait pourtant une bonne santé. Je lui conseillai de se faire enlever sa tumeur et elle s'y décida.

J'opérai cette dame à Pont-l'Evêque, chez son fils curé du village, avec M. le Dr. Sonnier le 22 janvier 1841. L'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que je me servis pour réunir la plaie de bandelettes agglutinatives préparées avec l'emplâtre Diachylon ainsi que j'avais alors l'habitude de le faire.

Les premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent bien et je changeai seulement la charpie et les compresses de mon appareil qui étaient mouillés par de la sérosité, sans toucher aux bandelettes, les 25 et 26.

Le 27 j'enlevai les bandelettes, et je les remplaçai par d'autres bandelettes fraîches pour maintenir l'une contre l'autre les lèvres de la plaie, qui ne s'étaient nullement réunies ; je remarquai une rougeur érysipélateuse autour de la plaie, et je ne m'en inquiétai point.

Mais du 28 au 31 janvier le mal augmenta rapidement, l'érysipèle avait gagné toute la poitrine ; il existait une fièvre intense, du délire et des soubresauts dans les tendons.

Ces accidens avaient tant d'intensité que je fus véritablement très inquiet. Je me hâtai d'enlever les bandelettes et je nettoyai avec de l'huile d'olives la peau dans tous les endroits où elle avait été en contact avec l'emplâtre diachylon.

Mais le mal était fait, et l'érysipèle envahit le col et la face dans la journée même.

Néanmoins au bout de quelques jours les accidens diminuèrent sous l'influence d'une diète sévère et des antiphlogistiques. Le 5 février, madame Vaudin était hors de danger. Mais la plaie suppura et elle fut plus de trois semaines ou un mois à guérir, quoique pourtant elle n'eût pas consisté en autre chose qu'une simple incision d'environ huit à dix centimètres d'étendue.

Voici maintenant deux exemples d'accidens autres, moins graves, mais d'accidens qu'aujourd'hui j'éviterais certainement avec la suture entortillée, et bien que ces accidens n'aient point mis la vie des malades en péril, ni qu'ils n'aient point eu la mort pour résultat, ils n'en méritent pas moins l'attention, pour cela, dès-lors qu'il est possible de les éviter. On verra dans ces observations les plaies suppurer pendant très long-temps, leur cicatrisation tarder considérablement à se faire; on les verra s'ouvrir, se fermer et se rouvrir alternativement pendant une ou plusieurs années pour ne se refermer ensuite définitivement qu'après avoir inquiété, gêné et fait souffrir les malades pendant un temps infini.

Obs. XIII.—En décembre 1826, Geneviève Patry, de Tracy-le-Mont, femme bien portante, ayant de l'embonpoint, de la gaîté et un tempérament sanguin, âgée de 43 ans, me fut adressée par MM. de Laigle, pour que je la guérisse d'une tumeur qu'elle portait au sein gauche, et qui avait un peu moins que la grosseur des deux poings réunis. Trois ans auparavant, cette femme avait été traitée sans succès par les caustiques, et en avril 1824 elle avait été opérée par le docteur David, de Tracy, et M. Croyzet, de Cus; mais six semaines après une

guérison apparente, il s'était formé sous la cicatrice un engorgement qui s'était accru continuellement. Des élancemens existaient dans la tumeur, et elle était déjà ulcérée lorsque cette femme vint me consulter ; toutefois il n'y avait point d'engorgement axillaire. Je ne doutais point que la maladie ne fût un squirrhe, et j'enlevai la tumeur le 20 décembre 1826, à l'Hôtel-Dieu de Noyon. L'opération n'offrit rien de remarquable, si ce n'est qu'il fallut enlever toute la partie inférieure du muscle grand pectoral et conséquemment mettre les côtes à découvert. La plaie résultant de l'ablation de cette tumeur était très étendue, et pourtant on aurait pu encore la réunir, sinon en totalité, tout du moins en grande partie, avec la suture entortillée: la malade avait de l'embonpoint, et cela étant, les deux lèvres de la plaie auraient probablement pu être affrontées, mais alors je n'avais pas même la pensée de l'application et de l'utilité de la suture entortillée dans de telles circonstances. Je rapprochai donc autant que je le pus les bords de cette plaie avec les bandelettes de Diachylon, et du reste je pansai à plat avec la charpie, le cérat, les compresses et le bandage de corps.

*Au bout de 70 jours, cette plaie n'était pas guérie;* néanmoins cette femme voulut, malgré moi, quitter l'Hôtel-Dieu de Noyon où elle s'ennuyait, et je ne pus parvenir à l'empêcher de s'en aller. Il restait alors à cicatriser une plaie grande comme un liard, et ce ne fut guère *qu'au bout d'un an que la cicatrisation de cette plaie fut définitive*, parce que le tissu de la cicatrice était si fragile qu'il se déchirait à chaque instant. Si j'avais employé ici la suture entortillée, il est très certain que la guérison ne se serait pas fait attendre aussi long-temps, et il en aurait sans au-

eun doute été de même dans l'observation suivante (1).

Obs. XIV. — Le 6 octobre 1814, madame Goret, de Noyon, âgée alors de 42 ans, fut opérée par Boyer d'un squirrhe volumineux qu'elle portait au sein gauche, en présence de M. le professeur Roux, actuellement membre de l'Académie des Sciences, de M. le docteur Prus et d'un autre médecin.

Boyer avait enlevé tout le sein avec un petit prolongement squirrheux qui se dirigeait vers l'aisselle.

*La plaie fut pansée à plat ; elle fut plus de trois mois à se cicatriser, et la cicatrice se rouvrit très souvent pendant dix-huit mois,* un peu moins souvent pendant six autres mois, et ce ne fut enfin qu'*après deux ans* que la guérison fut définitive.

Je me suis assuré qu'on aurait pu réunir cette plaie par la suture, puisque aujourd'hui même encore, plus de 30 ans après l'opération, sans que l'embonpoint de madame Goret ait changé en rien depuis ce temps-là, on peut facilement rapprocher l'une de l'autre et les faire se toucher au-dessus de la cicatrice, les anciennes lèvres de cette plaie.

J'aurais pu grossir ce mémoire d'un nombre plus considérable d'observations semblables à ces dernières. Mais il m'a paru inutile d'y en ajouter d'autres, parce qu'elles doivent fourmiller dans la pratique ; et qu'ainsi, il n'est pas un seul chirurgien qui ne puisse, en évoquant ses souvenirs,

(1) Je crois devoir dire ici en passant qu'aujourd'hui encore, 15 janvier 1845, c'est-à-dire 18 ans après l'opération, la guérison de Geneviève Patry ne s'est pas démentie un seul instant, et pourtant c'était bien un squirrhe en récidive et un squirrhe ulcéré. La planche v, jointe à ce travail, représente Geneviève Patry dans son état actuel.

citer un grand nombre de femmes chez lesquelles, les plaies succédant aux amputations du sein, ont été plus de trois mois à guérir, et chez lesquelles la cicatrice de ces plaies a été sujette à se déchirer pendant un an, et même quelquefois pendant plusieurs années, tandis qu'avec la suture entortillée on aurait pu guérir ces malades en moins de trois semaines, sans qu'elles aient eu à courir primitivement les dangers d'une fièvre traumatique aussi grave qu'avec les bandelettes ou le pansement à plat, et sans qu'ensuite elles aient eu à craindre les inconvéniens de la déchirure de leurs cicatrices. On aurait certainement évité aussi aux malades, par l'emploi de la suture, la gêne considérable dans les mouvemens du bras opéré, gêne qui se fait toujours sentir pendant très long-temps, et quelquefois même toute la vie, à la suite des amputations du sein avec perte de substance telle, que les moyens ordinaires n'ont pas suffi pour obtenir une cicatrice linéaire.

Je termine ici ce travail déjà peut-être trop long, en déclarant que la suture entortillée me paraît être le moyen par excellence pour traiter et guérir, non-seulement les plaies résultant des opérations pratiquées sur le sein et l'aisselle, dans toutes les circonstances où l'affrontement total et même partiel des lèvres de ces plaies est possible, mais encore pour guérir un grand nombre d'autres plaies des diverses parties du corps.



# EXPLICATION DES FIGURES.

---

## PLANCHE I^re^.

Les figures *a* et *b* représentent les épingles des deux grandeurs différentes que j'emploie le plus ordinairement pour faire la suture entortillée. On devra remarquer que la pointe de ces épingles a été rendue triangulaire dans l'étendue d'un centimètre ou un peu moins. Ces épingles sont figurées de dimension naturelle. J'en ai employé quelquefois de plus petites, pour faire des sutures, aux paupières par exemple; mais les épingles figurées ici conviennent, tant pour réunir les plaies du sein que pour réunir celles de la plupart des autres parties du corps.

La fig. *c* représente les pinces coupantes destinées à rogner la pointe des épingles lorsque la suture est terminée. Ces pinces employées en horlogerie où elles sont connues sous le nom de *pinces à couper de côté* sont représentées ici, comme les épingles de grandeur naturelle.

## PLANCHE II.

La pl. 2 est le portrait de Virginie Bourguignon à qui j'ai enlevé la moitié inférieure de la glande mammaire gauche en conservant le mamelon. C'est sur cette femme que j'ai employé la suture entortillée pour la première fois. La promptitude et la beauté remarquable de la guérison obtenue ici étaient bien faites pour m'encourager dans mes essais, car cette femme a guéri en

*trois jours*, et la cicatrice de la plaie qui est exactement linéaire est chez Virginie Bourguignon aussi peu apparente que l'indique la ligne s'étendant de *a* en *b* au-dessous du mamelon. Cette cicatrice est à peine visible et il n'est resté aucune trace des trous des épingles.

## PLANCHE III.

La pl. 3 représente la femme Bonon à laquelle j'ai enlevé la glande mammaire gauche avec une expansion fibro-squirrheuse qui s'étendait jusque dans l'aisselle. Cette femme fut guérie de la plaie que je lui avais faite, au bout de quinze jours ; mais la cicatrice obtenue avec la suture entortillée s'est ouverte pour donner issue à un épanchement après l'enlèvement des épingles. La ligne qui s'étend de *a* en *b* indique la longueur de l'incision et l'étendue de la cicatrice qui est linéaire partout, excepté au point *c* où se trouve un petit évasement, une sorte d'enfoncement infundibuliforme correspondant au point où la cicatrice s'est ouverte.

## PLANCHE IV.

La pl. 4 représente madame Hubert de Genlis, deux mois après la guérison. La plaie était ici d'une étendue et d'une profondeur considérables en raison de l'embonpoint de la malade et du volume de la tumeur. C'était, sans aucun doute une des plaies les plus longues, les plus larges et les plus profondes que l'on puisse voir à la région mammo-axillaire. Malgré cela et quoique la cicatrice se fût ouverte dans l'étendue de plusieurs centimètres pour donner issue à un épanchement formé sous elle, la guérison de plaie n'en eût pas moins lieu pour cela en trois semaines. La cicatrice qui s'étend du sternum à l'aisselle de *a* en *b*, ainsi qu'on peut le voir sur la figure donnée ici est pourtant linéaire excepté dans le petit espace compris entre les points *c* et *d* où elle offre un petit évasement qui correspond à l'endroit ou la *plaie* s'est ouverte.

Les trois figures représentées ici suffiront, sans doute, pour

donner une idée exacte de la supériorité des résultats obtenus avec la suture entortillée, sur ceux que l'on a obtenus jusqu'à présent par l'usage des bandelettes agglutinatives et des pansemens à plat, dans les circonstances analogues ou identiques. Mais pour rendre le jugement plus facile, je vais donner ici deux autres figures sur lesquelles on pourra remarquer la différence qui existe entre les cicatrices obtenues avec la suture et celles que l'on peut obtenir avec les anciens procédés.

## PLANCHE V.

Cette figure représente Geneviève Patry à qui j'ai enlevé le sein gauche en 1827 et qui aujourd'hui encore est vivante et se porte bien. Ici la cicatrice n'est pas linéaire, elle offre au contraire un évasement considérable et une sorte d'aspect foliacé qui se trouve limité entre les points *a. b. c. d.* Tout ce qui est compris entre ces quatre points consiste en une cicatrice adhérente, à épiderme mince et fragile qui a mis un an à se former.

## PLANCHE VI.

La figure de la planche 6 représente madame Goret à qui Boyer a enlevé tout le sein droit, en 1814, et dont la santé ne laisse rien à désirer aujourd'hui. La cicatrice de la plaie qui se trouve indiquée par l'espace compris entre les lettres *a. b. c. d.*, est adhérente partout et à-peu-près aussi étendue que celle de la figure précédente à laquelle elle ressemble; la plaie a été plus de deux ans avant de se fermer définitivement.

Je m'abstiendrai de toute réflexion ultérieure. Les figures ci-jointes ainsi que l'exposé pur et simple de faits aussi parlans que ceux-ci me paraissent n'avoir pas besoin de commentaires.

---

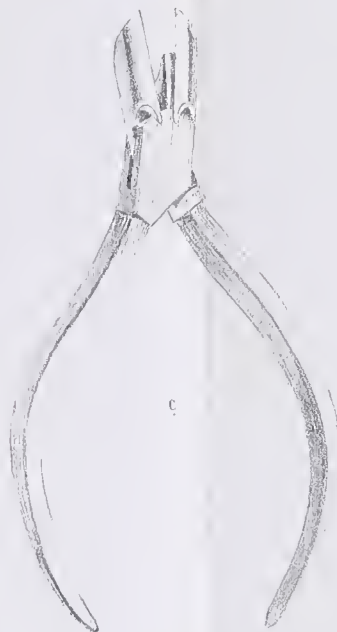
IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD,
rue Garancière, n. 5.



a



b



c




*Virginie Bourguignon*
*de Blérancourt.*




*Femme Bonon de Noyon*

Pl. IV.




*Madame Hubert de Genlis.*




*Geneviève Patry de Tracy le mont.*

Im. Lemercier à Paris.




*Madame Goret de Noyon.*

liés, et qui mit dans chaque orifice un fil de plomb plus gros que le premier. Il recommanda au jeune homme de vider les tumeurs tous les matins après avoir ôté le plomb, et de le remettre ensuite. Au bout de quinze jours, les canaux salivaires furent libres et à l'abri de tout embarras. » (Boyer, *loco cit.*)

On dirait que dans ce fait la tumeur était réellement formée par une rétention de salive, si on ne savait pas que les kystes séreux qui s'ulcèrent et s'ouvrent spontanément peuvent présenter exactement les mêmes conditions. « Ce procédé est simple et peu douloureux, dit Boyer, mais son application est rare. »

2° *Incision. Canule en permanence.* La première idée qui a dû se présenter dans le traitement de la grenouillette est la ponction ou l'incision de la poche dans la bouche à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri. Fabrice d'Aquapendente recommande de fendre largement la tumeur. « Je ne fais, dit-il, qu'une seule incision, la plus longue que je peux par dessus la tumeur; car ainsi, toute la matière s'é-

substituai des tentes de charpie, qu'il introduisait lui-même et qu'il retirait au moment de ses repas. Ce moyen eut un plein succès, et l'enfant a été parfaitement guéri. » (*Méd. opér.*, t. III, p. 265.)

Le même auteur ajoute qu'on pourrait substituer à la tente une petite canule métallique avec une sorte de tête aplatie qu'on laisserait en permanence pendant long-temps, soit qu'on l'appliquât dans le canal naturel ou dans une ouverture artificielle. « J'ai été consulté, dit Sabatier, par un particulier qui en portait une depuis trois ans sans être incommodé. Elle ne l'empêchait ni de parler ni de manger. Cette canule avait 40 millimètres de long sur une épaisseur de 5. On y avait fait faire une espèce de tête de forme lenticulaire, de peur qu'elle ne pénétrât trop avant. Quoique le volume de la tumeur eût permis d'y faire une ouverture assez grande, cette ouverture s'était fermée trois fois, et trois fois il avait fallu la rouvrir. La crainte que la dernière ouverture qui y avait été faite ne se fermât aussi avait fait penser à l'entretenir avec la ca-

ranger, ni dans un sens, ni dans un autre. La salive s'échappe par son canal, et les malades le gardent ainsi tant qu'on le juge nécessaire, quelquefois même toute la vie, sans en être réellement incommodés. Dupuytren veut que les plaques de sa canule qui doit être en or, en argent ou en platine, soient convexes à leur surface libre seulement, et concaves en dedans, afin que les alimens n'aillent pas se placer entre elles et les parois du kyste. Rien n'empêche, il est vrai, d'essayer cette méthode qui, au dire des éditeurs de Sabatier, réussit constamment à l'Hôtel-Dieu. Mais, au fond, je ne vois pas qu'elle ait une grande prééminence sur la simple excision, qui, de son côté, est rarement suivie d'insuccès entre les mains de Boyer. » (Velpeau, *loco cit.*)

3° *Excision partielle.* Le procédé le plus simple et à la fois le plus sûr qu'on connaisse pour la guérison de la grenouillette consiste à exciser une portion de la paroi antérieure du kyste, ainsi que l'ont fait Tulpius, J.-L. Petit, Desault, Richter et une foule d'autres. Boyer n'en em-

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n. 5.